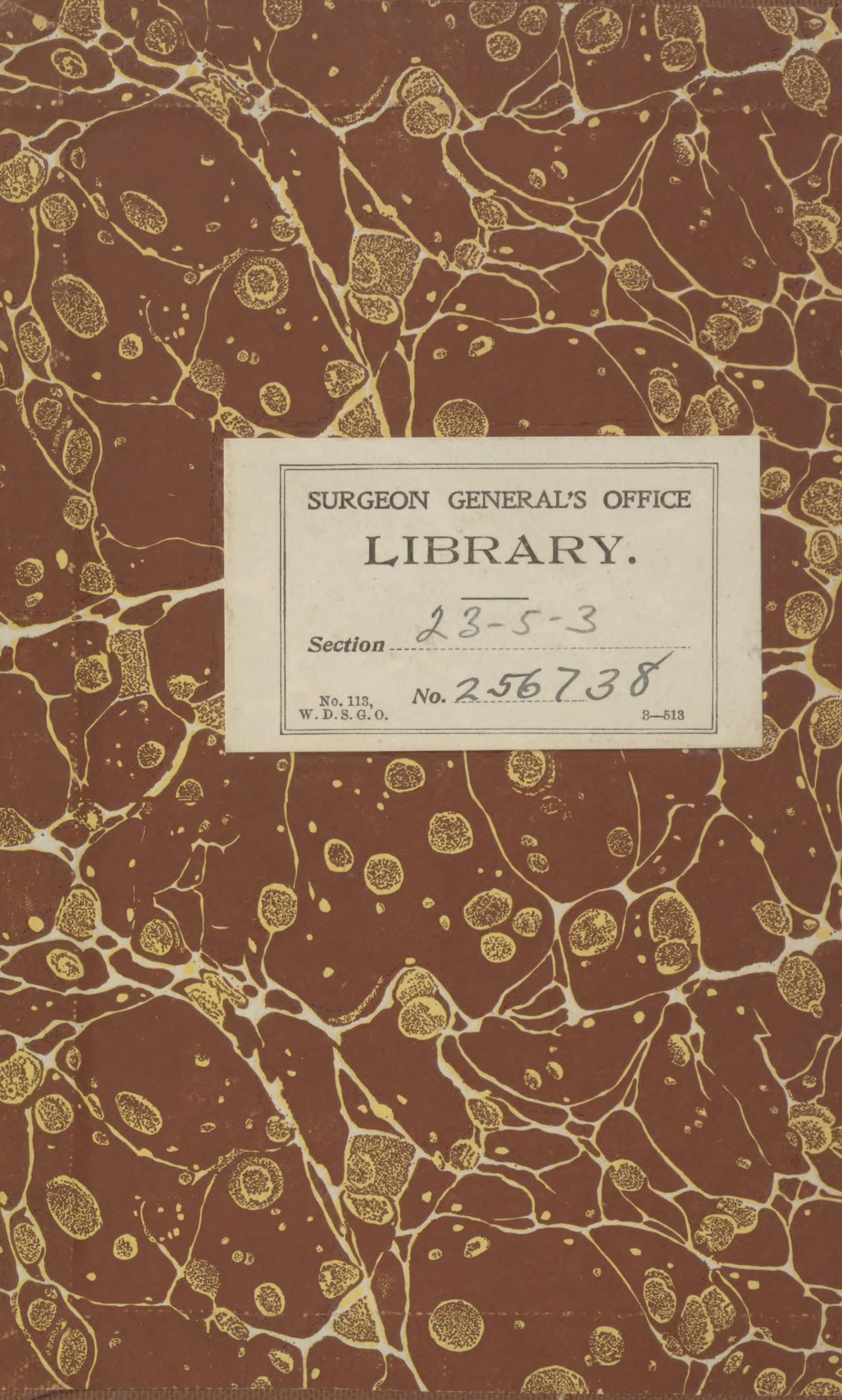
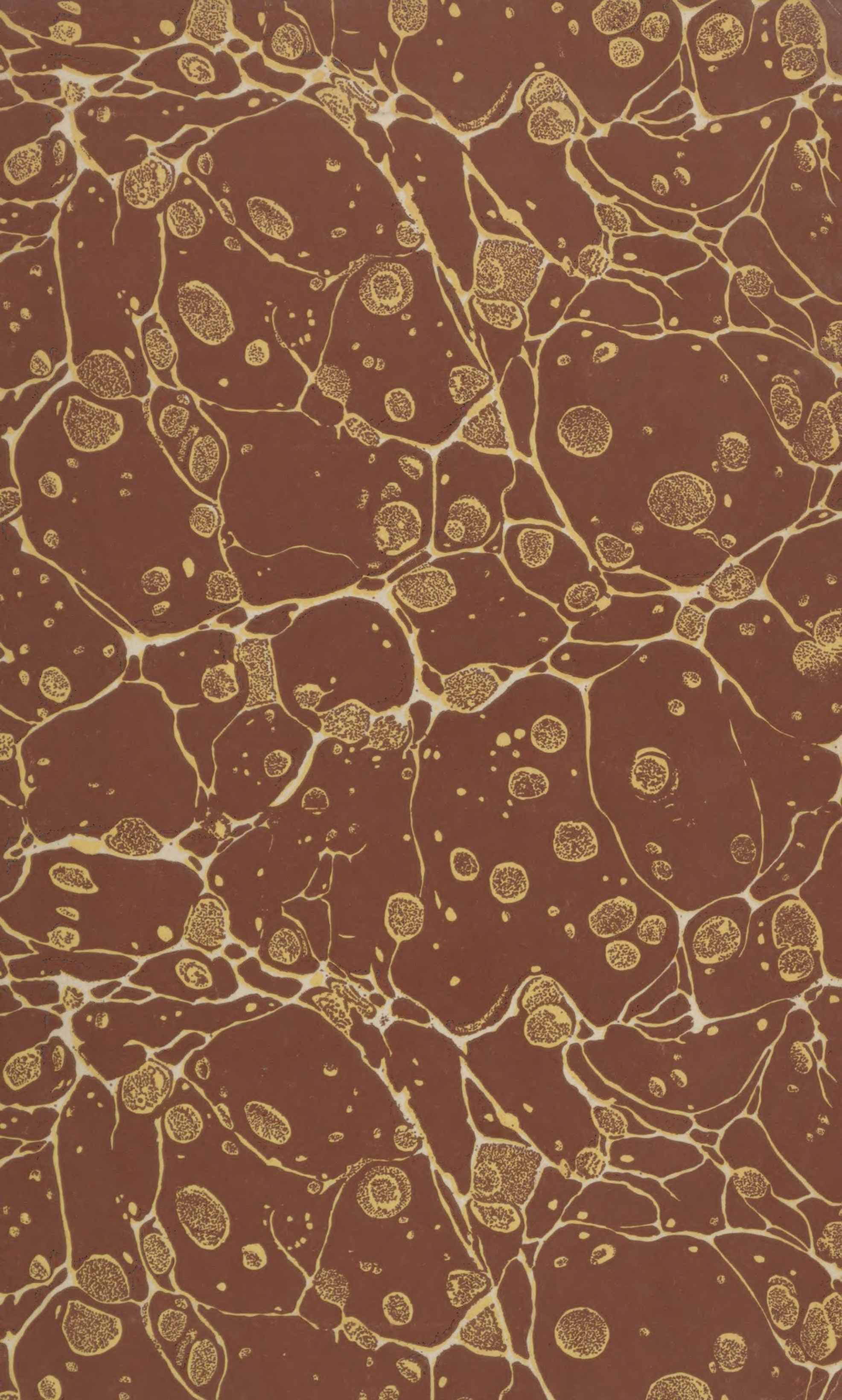




5

102416
Har.

5 R



SUMARIO



Junta Directiva

de la

Asociación Médica de Puerto Rico

1918.

Presidente: Dr. José S. Belaval,

San Juan, P. R.

Vice Presidente: Rafael López Nussa,

Ponce, P. R.

Tesroero: Dr. Jacinto Avilés,

San Juan, P. R.

Secretario: Rafael Bernabé,

San Juan, P. R.

CONSEJO

Dr. Pedro Gutierrez Igaravidez, San Juan, P. R.

Dr. W. A. Glines, San Juan, P. R.

Dr. Jorge del Toro, San Juan, P. R.



SUMARIO





SUMARIO



Junta Directiva
de la
Asociación Médica de Puerto Rico
1918.

Presidcnte: Dr: José S. Belaval,

San Juan, P. R.

Vice Presidente: Rafael López Nussa,

Ponce, P. R.

Tesorero: Dr. Jacinto Avilés,

San Juan, P. R.

Secretario: Rafael Bernabé

San Juan, P. R.

CONSEJO

Dr. Pedro Gutierrez Igaravidez, San Juan, P. R.

Dr. W. A. Glines, San Juan, P. R.

Dr. Jorge del Toro, San Juan, P. R.



SUMARIO



Junta Directiva

de la

Asociación Médica de Puerto Rico

1918

Presidente: Dr. José S. Belaval,

San Juan, P. R.

Vice Presidente: Rafael López Nussa,

Ponce, P. R.

Tesorero: Dr. Jacinto Avilés,

San Juan, P. R.

Secretario: Rafael Bernabé

San Juan, P. R.

CONSEJO

Dr. Pedro Gutierrez Igaravidez, San Juan, P. R.

Dr. W. A. Glines, San Juan, P. R.

Dr. Jorge del Toro, San Juan, P. R.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PTO. RICO
ORGANO OFICIAL
PUBLICADO TRIMESTRALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XIV MARZO 1918 NUMERO 118.

EDITORIAL

EL MODERNO OFICIAL DE SANIDAD

Cuanto más alto es el grado de civilización a que ha llegado un pueblo, más se dejan sentir la necesidad y las ventajas de un servicio sanitario eficaz. Así vemos a los pueblos cultos preocuparse de organizar una sanidad pública eficiente, reconociendo que la defensa de la salud pública es el medio mejor para asegurar la prosperidad del pueblo.

La organización de un servicio que garantice la salud pública exige dos elementos básicos, si ha de llenar su objeto debidamente. Asignación suficiente para pagar las diversas actuaciones, y personas competentes que conciban y desarrollen planes de *saneamiento* de acuerdo con los adelantos científicos y las necesidades del caso. Los hombres encargados del desempeño de estas funciones deben haber ecibido una preparación previa, porque se trata de conocimientos respeciales, que no se adquieren de improviso.

El reconocimiento de esta verdad se empieza a traducir en muchas partes con hechos prácticos, o sea en escuelas de preparación para el trabajo sanitario. Una de estas escuelas recientemente creada es la Escuela de Higiene y de Salud Pública de la Universidad de Jonhs Hopkins.

Esta institución ha sido el resultado de una conferencia convocada en Baltimore en Octubre 16 de 1914, a la cual concurrieron las autoridades más reputadas en trabajos sanitarios. Allí se consideró la cuestión de preparar oficiales de sanidad y sanitarios a fin de que estuvieren debidamente calificados para su labor.

La convocatoria se hizo por el *General Education Board*, y en la reunión se nombró a los Dres. W. H. Welch y Wickliffe Rose, en comisión para preparar el plan de un *Institute of Public Health and Hygiene*. El informe se sometió al *Board* y a los miembros de la conferencia en Mayo 27 de 1915 y en consecuencia fué designado un Comité encargado de señalar el sitio en donde podría establecerse ventajosamente la institución.

A consecuencia de los informes reunidos por este Comité la *Rockefeller Foundation* decidió que se estableciera en Jonhs Hopkins *University*.

Los fines principales de la Escuela son los de establecer cursos para la preparación de personas que estén calificadas para trabajos de salud pública; promover las investigaciones en higiene y en medicina preventiva, proveer oportunidades para adiestrarse en estos estudios y desarrollar los medios más adecuados para la diseminación de los conocimientos de higiene. La Escuela está en relación con el *International Health Board of Rockefeller Foundation* particularmente en la que se refiere a medicina tropical y al dominio de las enfermedades especiales.

La Escuela tiene organizada las siguientes divisiones:

Departamento de Bacteriología, Serología e Inmunología.

Departamento de Protozoología y Zoología Médica.

Departamento de Epidemiología.

Departamento de Estadística.

Departamento de Higiene Pública.

Departamento de Higiene Fisiológica.

Un departamento general encargado de los trabajos de campo y de los métodos administrativos.

Se provee para verificar trabajos prácticos en relación con los departamentos municipal y del estado para la instrucción en ingeniería sanitaria, infecciones y enfermedades ocupacionales y vocacionales, así como en higiene mental y social.

La institución otorga los grados de doctor en Salud Pública, doctor en Ciencia de Higiene, Bachiller en Ciencia de Higiene y se admiten estudiantes especiales. También se dan cursos para trabajadorés sociales, enfermeros y maestros.

Los cursos anunciados para la sesión de 1918-19, comprende las siguientes materias:

Leyes Sanitarias y Administrativas.

Historia de la Higiene y Epidemiología.

Bacteriología Superior.

Inmuñología.

Instrucción al estudio de Estadísticas Vitales.

Teoría Estadística Superior.

Métodos Químicos aplicados a la Higiene.

Nutrición Animal.

Higiene Fisiológica.

Lecturas Especiales.

Como se ve las necesidades de la vida moderna desde el punto

de vista sanitario empiezan a ser subsanadas del modo más acertado en los E. U. de América del Norte. La creación de esta Escuela obedece al rápido avance que hemos alcanzado en el conocimiento de las causas y modo de extenderse las enfermedades infecciosas, al desarrollo de la medicina preventiva y al interés que forma hoy una mayor parte del pueblo en estas cuestiones; todo lo cual determina una responsabilidad mayor de parte de la administración, cuando de organizar un servicio de salud pública se trata; y, como consecuencia, la urgencia de disponer de hombres y mujeres debidamente preparados para esta labor sanitaria.

Aquí, donde tan inclinados somos a crear becas—algunas por cierto no justificadas—deberíamos aprovechar esta buena disposición para favorecer ciertos estudios de interés general para la comunidad.

Y ninguno podría superarle al de disponer de personal especializado en materia sanitaria. Estudiantes de medicina y graduados de escuelas de medicina aprobadas, deberían ser favorecidos, sujetos a ciertas condiciones, con pensiones que les permitieren seguir estudios especiales para servir en la organización sanitaria de Puerto Rico.

Esto sería muy provechoso para el país y su costo no excesivo en relación con la utilidad que había de producir el contar con personal suficiente para llenar los servicios sanitarios y hasta para crear aquí mismo una escuela de preparación una vez que se dispusiera de los elementos necesarios.

La sabiduría de un pueblo se acrecenta con el saber de otro, y no significa demérito el procurar asimilarse lo bueno de todas partes. Así han procedido y triunfado los pueblos más cultos de la tierra.

LA ANAFILATOXINA Y LA ANAFILAXIA

Por F. G. Novy y P. H. De Kruif

(DEL LABORATORIO DE HIGIENE, UNIVERSIDAD DE MICHIGAN, ANN ARBOR, MICH.)

Traducción por R. del Valle Sárraga

Conociendo nosotros el gran interés que tiene la Asociación Médica de Puerto Rico en las materias que conciernen al desenvolvimiento de las ciencias médicas fundamentales, nos hemos permitido el privilegio de presentarle un breve bosquejo de la serie de investigaciones de laboratorio que han estado realizándose desde el año

1914. (1) Aunque el problema en su principio concierne a investigaciones originales de laboratorio, sin embargo, toca de paso muchos asuntos que son de gran importancia en medicina. Hay que darse cuenta de que toda nueva concepción en fisiología está unida siempre a los problemas de la patología y por lo tanto a las enfermedades. Asímismo ocurre con las grandes cuestiones de la anafilatoxina y anafilaxia, las cuales, empezando con las observaciones del fisiólogo francés Richet, han ocupado la atención de muchos investigadores en innumerables países durante los últimos quince años. Se han sugerido numerosas explicaciones para hacernos entender estas reacciones asombrosas y al parecer se han presentado ya cuantas interpretaciones han sido posibles dar en el asunto. Sin embargo, todavía, como resultado de un estudio intenso que abarca un periodo de más de tres años, hemos llegado a concebir un punto de vista completamente distinto que revela estos fenómenos en una nueva luz.

Nos indujo a esta investigación una serie de observaciones anotadas en el curso del estudio de ciertas enfermedades tropicales en animales—en la tripanosomiasis—conocida con el nombre de surra y nagana. Cuando tratamos de producir inmunidad contra estas enfermedades, inyectando cultivos muertos de los tripanosomas, pudimos notar con frecuencia, que tras las inyecciones aparecían efectos tóxicos severos acompañados de marcada hipotermia. Si las inyecciones se repetían, se observaba entonces una intoxicación crónica que por lo general terminaba fatalmente. Por esta razón no fue posible conseguir una alta potencia de inmunidad y era un asunto bien claro para nosotros que no podía realizarse progreso alguno en este particular hasta tanto se entendiera satisfactoriamente el fenómeno de la intoxicación. Laverán observó estos mismos fenómenos y los atribuyó a una «tripanotoxina». Fenómenos similares a los descritos han venido notándose desde hace mucho tiempo en relación con las bacterias, los que sugirieron, como consecuencia, la concepción de las «endotoxinas».

La analogía de la manera de actuar de la tripanotoxina a la anafilatoxina, nos indujo a estudiar al principio las tripanosomas en cuanto ellas tenían que ver con la aparición de la anafilatoxina. Varios investigadores han tratado ya este asunto. Y ellos observaron que si la TRIPANOSOMA BRUCEI se sometía a un periodo de incubación por dos horas con el suero de la sangre de un conejillo de indias

(1) Con referencia a los detalles de este trabajo el lector puede consultar la serie de 10 artículos que con este título general aparece en los números de mayo y junio del periódico «La Revista de Enfermedades Infecciosas», Chicago, Ill.

y la mixtura se dejaba entonces en contacto con el hielo por 12 a 20 horas, el suero tratado de ese modo resultaba tóxico en dosis de 3 cc., debido a la formación de algo que se dominó anafilatoxina. En nuestras investigaciones hemos empleado cinco especies diferentes de tripanosomas y fué posible demostrar que todas actuaban exactamente con análogos resultados. Ya estuvieran vivas, ya muertas, el contacto de las mismas con el suero lo hacía venenoso. Se aprendieron, pues, dos hechos fundamentales: 1º—Que el suero de la rata resulta el reactivo ideal, mejor que ningún otro suero usado hasta la fecha, y 2º—Que el desenvolvimiento de las toxinas ocurre con velocidad extrema. No fué necesario incubar el suero por varias horas porque fué posible convertirlo en fatalmente tóxico a los dos o tres minutos. En verdad, que el suero de ratas pudo conseguirse tan tóxico que a dosis de 0.25 cc. resultaba suficiente para matar un conejillo de india en tres minutos. Nunca hasta la fecha se produjo una anafilatoxina tan poderosa, ni tampoco en tan corto espacio de tiempo.

Una misma masa de cultivo de tripanosomas pudo usarse una vez tras otra, al convertir en venenosos, lotes sucesivos de suero; y en un experimento se realizaron 20 pruebas consecutivas sin que, aparentemente, se notara disminución alguna en la habilidad de los organismos para producirlo. Este estudio nos mostró que el veneno no reside en el interior de las células del parásito sino que de algún modo nace de una matriz existente en el suero mismo. El que así se desarrollaba, si se inyectó en animales, causó «shock» anafiláctico típico y la muerte. Se demostró que no había participación de un fermento en el desenvolvimiento del veneno.

Una vez observado el hecho de que la anafilatoxina la producen estos organismos, se inquirió en próximo término a que se debe la anafilatoxina y como se produce. Esto nos indujo a estudiar otros agentes que sabíamos que producen anafilatoxina y por ser más conveniente para nosotros nos decidimos por el agar. Bordet, de Bruselas, ha demostrado que cuando el agar se incuba con el suero de conejillos de india por una hora, o más, resulta una anafilatoxina. De acuerdo con esta observación se llevó a cabo una serie extensa de experimentos con el agar. Se emplearon varios sueros, principalmente el de conejillos de india, el de conejos y el de ratas. Fué posible demostrar con todos estos sueros que el desarrollo de veneno se realiza a gran velocidad. El estado físico del agar representó un papel importante en cuanto a la velocidad de la reacción. Con una dispersión máxima del agar en su estado «geloso», fué posible convertir en tóxico el suero en 5 minutos, y aún en menos tiempo. En esta forma, el suero de conejillos de india pudo hacerse venenoso de

tal forma que produjo la muerte a dosis de 1 cc. y con el suero de ratas fué posible hacerlo con 0.25 cc., y aún con menos. Es de notarse, que una cantidad extremadamente mínima de agar, es capaz de hacer tóxico el suero de ratas; por ejemplo, con una parte de agar seco pueden hacerse tóxicas 400,000 partes de suero. Lo cual significa, que por cada centímetro cúbico de suero existen 25 diesmilésimas de milígramo de agar seco; y cuando se recuerda que los constituyentes nitrogenados del agar forman solamente una parte diminuta de esa cantidad, se comprende que este resultado por sí solo contradice la teoría de Freidberger, de que la anafilatoxina se deriva de la ruptura de las substancias nitrogenadas existentes en el llamado antígeno; el cual, en este caso, es el agar. Podemos añadir además que las numerosas tentativas para demostrar la presencia de un fermento que se supone que desempeñe algún papel con la producción del veneno, resultaron enteramente negativas.

Previamente, otros investigadores, empleando anafilatoxina que producía la muerte en dosis de 3 cc., no pudieron ensayar su efecto a dosis múltiples. Teniendo a la disposición un método que con toda regularidad producía un suero tóxico en dosis letal de 0.25 cc. nos fué posible ensayar su efecto en cantidades crecidas. Con relación al conejillo de india hemos encontrado que la inyección de una dosis que corresponde de 1 a 40 veces a la dosis letal, siempre causa una muerte rápida, siendo posible obtener sangre no coagulable cuando se usa la anafilatoxina a dosis altas. Cuando se ensaya el veneno en forma similar sobre las ratas y conejos, se observa que estos animales se muestran refractarios. El ratón blanco, por ejemplo, tolera una cantidad suficiente de veneno semejante en proporcón a la que mataría 75 conejillos de india. Al conejo, se le inyectan 40 de esas dosis, y de la misma manera, no ofrece efectos aparentes. Todos estos hechos resultaron de capital importancia para el trabajo subsiguiente.

Teniéndose comprobado que el agar produce fácilmente un veneno, cuando se mezcla con un suero, es de esperarse que la inyección intravenosa de agar produzca, en la misma forma, un veneno IN VIVO y por tanto, los fenómenos del shock anafiláctico no específico. Los experimentos que se realizaron con este fin produjeron resultados interesantes. Teniendo preparado el agar en un estado físico apropiado, fué posible producir un shock anafiláctico absolutamente típico. Más aún, pudo hacerse con cantidades diminutas. Una dosis de 9 mg. de agar seco produjo resultados fatales en cada kilogramo de peso de conejillo de indias. Y es un hecho interesante, que esta dosis es menor que la que resultaría de la mayoría de las bacterias patógenas y sin embargo, estas últimas, se supone que son tóxicas,

porque contienen una endotoxina. Y como ciertamente el agar no contiene una endotoxina, uno se vé obligado a llegar a la conclusión de que eso que en el pasado se ha estado designando como una endotoxina, es un mito. El agar finamente dividido produce los mismos efectos que la bactería patógena o no patógena que se inyecta en un conejillo de india, o cuando se mezcla con suero en un tubo de ensayo; y el veneno resultante, en cualesquiera de los dos casos, es la anafilatoxina y no el resultado del contenido intracelular.

El conejo y el ratón blanco son menos susceptibles a la inyección de agar, puesto que requieren de 20 a 30 miligramos por kilogramo de peso. En estos, también, el sindrome es el del shock anafiláctico típico. El hecho de que el agar mata IN VIVO porque se desarrolla el mismo veneno, la anafilatoxina, pudo demostrarse haciendo una transfusión rápida de sangre desde el corazón del animal inyectado, a la vena de un conejillo de indias.

Cuando hubimos demostrado que el agar produce anafilatoxina al contacto con el suero o el plasma, se investigó la forma de actuar la peptona de Witte. Como ya se sabe, esta peptona, y las proteosas en general, cuando se inyectan dentro de la vena de un perro, causan una reducción rápida de la presión sanguínea, convirtiendo la sangre al mismo tiempo, en no coagulable. Por razón de estos efectos se ha sostenido que el shock anafiláctico se debe a la formación de una peptona o a productos de ruptura molecular. La inyeción de peptona en conejillos de india, produce shock anafilático típico, pero es de notarse, que por cada kilogramo de conejillo de indias, se necesitan 300 miligramos o sea 30 veces la cantidad que se hizo necesaria con el agar. El ratón y el conejo son considerablemente resistentes, el conejo sobre todo que requiere 200 veces más peptona que agar para matarlo. En otras palabras, la peptona es, considerablemente, menos tóxica que el agar. En las tres especies de animales la inyección de la peptona produjo el síndrome de shock anafiláctico a saber: reducción de la presión sanguinea, ausencia de coagulación de la sangre, distensión de los pulmones, etc.

De mayor importancia es el hecho de que si la peptona se mezcla con el suero de ratas en un tubo de ensayo, es capaz de producir, dentro de los 5 minutos siguientes, la anafilatoxina. De nuevo la transfusión de la sangre del corazón, tras la inyección de peptona, demostrará que la anafilatoxina se forma IN VIVO como resultado de la inyección de la peptona. Estos hechos tienen una significación grande por cuanto se refiere al mecanismo de la reacción; puesto que si una peptona, en mixtura con un suero, produce una anafilatoxina, es difícil referir este fenómeno de la génesis del veneno a las teorías prevalecientes de absorción.

Con el fin de darnos cuenta de la naturaleza íntima del mecanismo de la formación de la anafilatoxina, fué necesario hacernos cargo del asunto de la toxicidad primaria del suero. Es un hecho bien conocido aquel de que la transfusión de sangre en conjunto, o la inyección de grandes cantidades de suero, puede traer consigo efectos tóxicos severos. Y verdaderamente, se ha asegurado, que los efectos producidos, son probablemente, los de la anafilaxia. La sangre de un conejo normal que pasa rápidamente por transfusión, a la vena de un conejillo de indias, resulta generalmente inocua a dosis de 2 o 3 cc. Si, por el contrario, se mantiene dentro de la jeringuilla por tres minutos, antes de inyectarla, se convierte entonces en tóxica fatalmente. Toda sangre adquiere propiedades altamente tóxicas en su estado de precoagulación, y los efectos que produce son los de la anafilatoxina. Más aún, los ensayos de transfusión que se han hecho del conejillo de indias, que ha recibido la sangre tóxica, hácia el conejillo de indias normal, demuestra la presencia de la anafilatoxina.

Estos experimentos, y otros de índole análoga, nos demuestran que la reacción que se efectúa en la coagulación, está presidida por la formación de la anafilatoxina. Cuando la sangre se extrae, surgen sustancias catalíticas que cambian (1) el fibrinógeno en fibrina y (2) la matriz del veneno en anafilatoxina. Efectuada la coagulación, una parte de este veneno queda en el suero y lo hace más o menos tóxico. La cantidad de veneno que existe en un suero puede variar y variará, si se deja el coagulo en contacto con el suero y especialmente si varia el método al defibrinarse. Así, por ejemplo, cuando la sangre de un conejo se recoje separadamente en dos porciones y cada una de ellas se defibrina por métodos distintos, una puede matar a dosis de 2 cc. mientras la otra requerirá 6 cc. para producir iguales efectos.

El suero normal es siempre tóxico, en mayor o menor grado, debido a la cantidad variable de anafilatoxina que surge durante el proceso de la coagulación, y las substancias extrañas como el agar, la peptona, bacterias etc., aumentan sencillamente la cantidad de este veneno. El hecho de que la sangre precoagulada, o de que la sangre defibrinada es más tóxica que el suero mismo, se debe, quizás, a la presencia del catalizador que se forma en el estado de la precoagulación y que induce a la formación de veneno adicional cuando esa sangre se inyecta al recipiente. La otra observación, de que una sangre defibrinada que se somete a un calor de 60° c. coagula mucho más rápidamente que el suero transparente, es indicio de la presencia de esa substancia disociadora o agente catalizador.

En el estudio de la anafilaxia específica se ha demostrado que la

rata es el reactivo de valor insuperable. En la misma línea de resistencia, a la anafilatoxina, agar y peptona, se demostró que era refractaria al shock anafiláctico propiamente dicho. No parece que exista la posibilidad de producirse shock anafiláctico fatal, en una rata que haya sido previamente sensibilizada a un antígeno dado, tal como el suero de caballo o la albúmina de huevo. Si por el contrario, el antígeno se diluye con agua destilada, se producirá el shock. Y más aún, la mera inyección de agua destilada en una rata sensibilizada causará el shock y aún la muerte. Por medio del método de la transfusión será posible demostrar que la anafilatoxina, se produce en la circulación del animal, así inyectado con el agua destilada. Aún más todavía, la transfusión de la sangre procedente de un conejillo de india que haya sido sometido a este proceso del shock, de la misma manera demostrará el desenvolvimiento IN VIVO de la anafilatoxina en el shock específico.

De igual importancia, más aún, es el hecho de que si el suero de un conejillo de india o rata sensibilizados, se mezcla IN VITRO con el antígeno, será posible demostrar dos o tres minutos más tarde la presencia de la anafilatoxina. La rapidez de la aparición del veneno en este caso es igual a como ocurre con las tripanosomas, agar, peptona, inulina, etc. Es de notable importancia el hecho de que si se añade agua destilada al suero de una rata sensibilizada se produce casi instantáneamente el veneno. Debemos añadir que el suero normal de una rata se comporta en forma análoga cuando se diluye con agua destilada, aún cuando la reacción no es tan violenta. Se deduce de estas observaciones que la matriz del veneno es un constituyente muy frágil, del plasma o del suero. Su extrema delicadeza está demostrada también por el detalle de que el calentamiento del suero a 50º C., por 15 minutos, disminuye o destruye la matriz, puesto que el suero así calentado no podrá hacerse tóxico en adelante, por la adición del agua destilada.

Cuando el perro se somete al shock anafiláctico específico, o cuando se inyecta con peptona, nos dá como respuesta característica una sangre no coagulable. Hasta aquí no ha sido posible producir este estado en la sangre de los conejillos de india que han sido sometidos al shock anafiláctico específico. Extrayendo en una pipeta apropiada, la sangre del corazón del conejillo de india sometido al shock, inmediatamente después de la segunda inyección del antígeno, nosotros hemos podido obtener un estado perfectamente no coagulable.

Los hechos descritos demuestran claramente, que el shock anafiláctico específico es producido IN VIVO; más aún, que este veneno

se produce con igual rapidez, cuando el suero sensibilizado se trae en contacto con el antígeno dentro de un tubo de pruebas. Los experimentos con agua destilada, aún más, demuestran: (1) que el veneno no se deriva del antígeno, puesto que no se usa antígeno alguno; (2) que el desarrollo del veneno es independiente de toda reacción de absorción, puesto que no existe materia alguna en suspensión. De lo cual se deduce, por lo tanto, que las teorías de absorción de la producción de la anafilatoxina, lo mismo que las teorías de Friedberger, en la cual la matriz del veneno se intenta referir a los constituyentes nitrogenados del antígeno, están definitivamente desaprobadas.

Habiéndose establecido estos puntos, se hace necesario el determinar si la formación de la anafilatoxina está asociada a la ruptura molecular de la proteína. La mejor indicación de la presencia o ausencia de esa ruptura, se puede obtener en el método de Van Slyke para la determinación del amino-nitrógeno. Cuando ocurre la ruptura molecular es de esperarse el aumento del amino-nitrógeno, que indica la formación de amino ácidos, como resultantes de la proteína compleja. Una serie extensa de ensayos con la anafilatoxina, que se obtuvo con la acción del agar, la inulina o el agua destilada, no mostró aumento alguno en el amino-nitrógeno y si alguno ocurrió, se observó muy ligeramente. La aparición de la anafilatoxina en tales ensayos fué muy rápida y aparentemente llegó a su máximum de formación a los 15 minutos, después de lo cual persistió en el tubo de prueba, sin aumentar ni disminuir por 24 horas, o más. Asumiendo que este método ofrezca la evidencia única de la ruptura molecular de la proteína se infiere que no ha sido posible demostrarla en relación con la formación de la anafilatoxina.

Esta breve presentación de los hechos principales que se desarrollaron en estas investigacíones es suficiente para demostrar, que la formación de la anafilatoxina y la anafilaxis específica, descansan sobre bases enteramente distintas a las que se han supuesto hasta aquí. La matriz del veneno existe siempre en el plasma de la circulación y también en el suero normal. Esta matriz debe verse tal y como es; una substancia muy frágil, tanto o más que el fibrinógeno de la sangre. De la misma manera que el delicado fibrinogeno se transforma por la acción de un catalizador (comunmente llamado el fermento de la fibrina), convirtiéndose en fibrina, del mismo modo la matriz se convierté por la acción catalizadora de sustancias de diversidad muy grande, en anafilatoxina. Las dos reacciones—coagulación e intoxicación de la sangre—son fenómenos gemelos, en los cuales, la substancia frágil sufre un reajuste intramolecular resultando de ello modificaciones tautoméricas; de un lado la fibrina insoluble, en el otro la

anafilatoxina soluble. No existen razones bien fundadas para suponer que la fibrina resnlta de una ruptura hidrolítica del fibrinógeno, ni existe tampoco evidencia alguna que indique que la anafilatoxina se forma de la hidrolisis de una matriz.

El disturbio que lleva consigo la transformación de la matriz en veneno, se efectúa al instante, añadiendo casi cualquier substancia extraña al suero. Por ejemplo, las bacterias, tripanosomas, celulas de organos, substancias extractivas de los mismos, peptona, agar, almidón, inulina, peptina, caolina, ácido salicílico, sulfato de barita, sales diversas y aún el agua destilada, actuán como inductores o aceleradores de esta reación. Con respecto a la forma de acción de estas substancias, no puede decirse cosa alguna en definitiva, pero es probable que la dispersión de la matriz preceda al cambio tautomérico.

Reación tan idéntica puede producirse IN VIVO por la inyección dentro de la circulación de un animal de todas estas sustancias diametralmente opuestas y distintas. El resultado será el shock anafiláctico no especifico. En la anafilaxis específica *la sustancia inductora se forma por la unión del antígeno con su anticuerpo.* No importa si este producto forma un precipitado visible, como en la reación por las precipitinas, o si permanece en disolución. Es la formación de esta nueva substancia de origen extraño la que induce el cambio intramolecular en la matriz, transformándola en un veneno. La especificidad de la reacción es la que influye en la producción del catalizador pero no del veneno mismo.

Para explicar la falta de coagulación de la sangre durante el shock, hay que suponer que este agente inductor también reacciona sobre el fibrinógeno, transformándolo en una modificación tautomérica no coagulable. Si este nuevo producto corresponde a la fibrinoglobulina de Hammarsten no es cosa que puede asegurarse. Es obvio, sin embargo, que el constituyente fragil (labile) de la sangre, debe someterse de nuevo a un escrutinio y que el viejo problema de la coagulación de la sangre debe atacarse desde un punto de vista diferente a como se ha hecho en el pasado. La teoría de la inmunidad no constituye una guía salvadora en el estudio de la coagulación; esta teoría lo ha probado todo ciertamente, pero ha sido inútil en el estudio de la anafilaxis. La concepción del desarrollo del fibrinogeno tautomérico no coagulable en el shock anafiláctico, puede también aplicarse a la condición caótica de la hemofilia. Los buenos efectos de la inyección de suero en este estado, aunque puramente temporal, no pueden ser debidos a una acción reversa del suero, sino a la del alcali existente. Sería de interés determinar el efecto del tratamiento de un alcali en estos casos.

Puede ocurrir en el shock no específico, como cuando se inyectan grandes dosis de suero de conejo o de agua destilada, que la alteración del fibrinógeno sigue el proceso usual, con la formación de trombosis como resultado. El hecho de que en un caso la sangre no se coagula mientras que en el otro sucede lo contrario y más rápidamente que de ordinario, no significa que las reacciones sean enteramente diferentes; el curso de la tautomerización varía de una manera sencilla según las condiciones que afecten la masa de la sangre. Es muy razonable que pensemos que el fibrinógeno es capaz de producir varios tautomeros; como por ejemplo: fibrina, fibrinoglobulina, el coagulable por el calor y quizás también el de forma no coagulable ya mencionado.

Según decíamos anteriormente, la matriz del veneno es muy frágil y este hecho sugiere la posible relación del fibrinógeno a la fibrinoglobulina. Al igual que fibrinógeno, la matriz es capaz de existir en modificaciones diversas—la forma nativa o plásmica, la anafilatoxina de tipo altamente tóxica, la forma inactiva o inerte que resulta por el calentamiento 50º C. y la que se coagula completamente por el calor.

Con respecto a la matriz de la anafilatoxina, no es posible expresar manifestación alguna de carácter definitivo. Las investigaciones que se están llevando a cabo hasta ahora indican, fuera de toda duda, que no es una sustancia química simple, ni que tampoco una proteina soluble parcialmente hidrolizada del tipo de las proteosas. Mas bién parece existir en la forma de un complejo molecular de mayores dimensiones que lo es la suero-albumina, y aún más, posee ciertas características de la globulina.

Por lo que se vé, el fenómeno de la formación de la anafilatoxina, que incluye la anafilaxia, no tiene relación alguna con el problema de la inmunidad, excepto en aquello que demuestra la aparición rápida de un constituyente frágil de la sangre por la presencia de una substancia extraña; ni tampoco es la antítesis de la protección en la inmunidad según se implica en el término anafilaxia. Esta última, y su vástago la anafilatoxina, son claramente nombres equivocados cuando se revelan a la luz de estos estudios. Estos términos, sin embargo, se han generalizado de tal manera que es muy probable que continúen usándose. No obstante, el fenómeno es de importancia práctica tan grande, que parece que vale la pena sugerir una terminología que exprese concretamente el resultado de estas investigaciones. Con la relación de parentesco de este fenómeno al de la coagulación de la sangre en nuestra mente, proponemos describir la matriz del veneno con el nombre de TARAXINA (Taraxin); ambos términos (de-

rivados de la palabra griega TARAXIS, *disturbio*) recuerdan la analogía de esta reacción con la que ocurre en la coagulación misma, cuando el fibrinógeno se cambia en fibrina. TARAXIA (Taraxy) es el estado o condición de disturbio causado por el veneno.

Conviene darse cuenta desde el punto de vista médico que ciertas substancias inductoras pueden desarrollarse dentro del animal normal a través de alguna causa desconocida, lo que puede ocurrir como una particularidad de la dieta, o por enfriamiento, por infección de origen obscuro, etc. Como resultado de esto, la sangre del animal se revelará anormalmente tóxica, a causa de la presencia de la anafilatoxina o taraxina. Este estado o condición ha sido observado de hecho en conejos normales y que no han sido tratados en forma alguna. Un estado similar puede ocurrir sin duda, y ocurre con frecuencia, en el hombre; y mientras la cantidad de veneno que se produzca no sea suficiente para causar un shock anafiláctico agudo, llevará consigo una intoxicación de forma subaguda o crónica. La formación violenta de tal anafilatoxina o taraxina puede presentar los efectos de explosión que se observan en la eclampsia y quizás en el shock quirúrgico, sin mencicnar otros ataques que surjen violentamente. La formación gradual y la presencia continua de este veneno puede traer como secuela los efectos oscuros que se notan en relación con algunas de las llamadas autointoxicaciones, que conducen a la anemia, caquexia, etc. Finalmente, y no es lo menos importante, debemos recordar que una parte considerable de los efectos tóxicos en las enfermedades infecciosas se deben con toda probabilidad a la formación de la anafilatoxina o taraxina. En otras palabras; la infección, conduce a la taraxia. Se evidenciará la importancia de este problema en en toda su grandeza y trascendencia, en el momento en que nos demos cuenta que la sangre de la circulación, a travez de una variedad de agnntes. puede cambiarse, de un estado inofensivo y saludable en otro venenoso y malsano. La sustancia extreña es simplemente el gatilllo, digámoslo así, que enciende y hace explotar la carga contenida dentro de los vasos sangúineos.

El tratamiento de la taraxía debe tender a destruir la anafilatoxina o taraxina existente y a evitar su formación futura. Se ha demostrado que los alcalis no solamente destruyen, sino también evitan la formación de este veneno en el tubo de ensayo. Este hecho nos proporciona una base racional para el empleo de alcalinos o las sales productoras de alcalis, en el tratamiento de estos estados.

El efecto beneficioso que se observa de la administración alcalina en la acidosis y en el shock, puede consistir en una reversión del estado tautomérico normal de la taraxina existente. Esto podría ex-

plicar también los resultados notables que siguen a la inyección de suero normal en la hemofilia y de la sangre alcalinizada en la acidosis (Gettler and Lindeman).

La administración del bicarbonato de sosa, o preferentemente el acetato de sosa en dosis de 3 a 5 gramos, disueltos en medio vaso de agua y tomadas o intervalos de media a una hora, durante el día, ha producido efectos beneficiosos bien marcadas en tres casos graves los cuales se atribuyeron a taraxía crónica o a envenamiento anafilatoxico. Estos casos fueron los siguientes: envenamiento por Salvarsan; parálisis ascendente; eritema exudativo multiple.

El objeto inmediato que se persiguió durante este tratamiento fué el de aumentar la alcalinidad de la sangre *a un nivel máximo y mantenerlo allí* durante los ensayos. El estudio de la acción de los alcalis bajo condiciones diversas de laboratorio, está continuándose. Sería de desearse, sin embargo, que al tratamiento se le proporcione y se le dé una prueba extensa, no solamente bajo el punto de vista curativo, sino también preventivo; esto último es especialmente aconsejable en pacientes que muestren tendencia a la eclampsia o a envenamiento alimenticio. También en casos especiales de susceptibilidad a inyecciones de antitoxinas o de Salvarsan, la administración preventiva de una alta dósis de alcali o de acetato de sosa inmediatamente antes de este tratamiento, es de tenerse en cuenta.

CONTRA EL RUTINARIO USO DE LA PITUITRINA EN LA OBSTETRICIA (1)

Doctora Dolores Pérez Marchand

PONCE, PUERTO RICO

> "En las parturientas, dejad antes que nada, que la Naturaleza haga su parte y conceded a las primiparas un minimum de veinte y cuatro horas".—*Profesor Pinard.*

Se ha dicho, con legítimas razones, que la moderna medicina tiene su porvenir en la opeterapia. Desde las observaciones de Brown Sequard en 1889, los extratos animales, en su mayor parte secreciones internas, han sido la fuente de investigación al fisiológo, al químico y al clínico.

Concretándonos al tema enunciado en nuestro título, considera-

(1) Trabajo leído ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de P. R., Diciembre 22 y 23, 1917.

mos oportuno anotar ligeramente las propiedades del extracto pituitario hasta hoy conocidas.

Schaefer y Vicect demostraron la existencia de dos sustancias en la parte infundibular o posterior del cuerpo pituitario y atribuyeron su acción a la presencia de un *hormone*. De estas dos sustancias, una es estimulante, insoluble en eter o alcohol; la otra es depresora, soluble en ambos fluidos. La primera, estimulante, administrada por vía hipodérmica, produce constricción de los arteriolos y en consecuencia, alza la presión vascular, retarda el pulso y aumenta la cantidad de orina, extendiendo su acción vaso-constrictora a las arterias coronarias, a los pulmonares y a las cerebrales.

Comprobado por larga experimentación que la acción de la pituitrina semeja la de la drenalina, es de anotarse que la última no ejerce acción vaso-constrictora después de la inyección de atropina mientras, que la primera sí. lo que que basta para demostrar que la pituitrina no obra sobre las fibrilas nerviosas y sí sobre las fibras musculares de la túnica interna de los vasos. Se comprueba esta observación con experimentos en arteriasaisladas, separadas del tronco.

Aceptando que la acción vaso-constrictora de la pituitrina es de origen fibrilo-muscular, hemos de aplicar las observaciones de Wedenski, comprobadas graficamente en el *kymographion* y expresadas a modo de axioma como sigue: «La abilidad del músculo para responder ritmicamente a estímulo continuado es limitada. Estimulo continuado y prolongado provoca una reacción estable que representa el summum de resistencia muscular: a esta contracción suprema se le da el nombre de tetania. La contracción tétánica persiste mientras continúe el estímulo o hasta perder el músculo su irritabilidad por la sensación de fatiga.»

McCor y otros observadores informan que, después de *repetidas* dosis de pituitrina, la presión arterial *disminuye rapidamente*, iniciándose entonces un periódo de *vaso dilatación*, fenómeno que puede ser interpretado en el lenguaje de Wedenski como la fatigá subsiguiente a una prolongada contracción tetánica de las fibras musculares en la túnica interna de los vasos.

Está por probarse si también ejerce la pituitrina algún efecto en la concentración de la sangre. Pero, basta con las propiedades comprobadas, antes anotadas, para comprender su acción en las fibras musculares del útero y en el reticulum de arterias y venas intermediarias entre la placenta y las paredes uterinas.

Lógico es que, si ya *terminada la dilatación del canal uterino* se inicia una inercia, bien que sea esta por extenuación espontanea, sistémica o local, la inyección hipodermica de un centímetro cúbico de

extracto pituitario, estimula el restablecimiento de las contracciones uterinas. Esta dosis puede ser repetida con intervalo de quince minutos y algunos autores sancionan la tercera inyección y hasta la cuarta, con intervalo regulado por el estado general del paciente. Estas dosis repetidas tal vez sean más usadas en casos de inercia intestinal post-operatoria que en contracciones parturientas y sin duda reviste menos peligros el estímulo artificial de las capas musculares del intestino que el violento golpe (casi eléctrico) descargado sobre las distendidas paredes de un útero ad-partum.

Empleado ese poderoso estímulo en casos en que la dilatación del canal uterino aún *no es completa* como en *distocia fetal o materna*, podemos atribuir al desmedido uso de la pituitrina la frecuencia con que encontramos el fenómeno de *tetania* en las parturientas de estos tiempos.

En manos de nuestras *parteras*, es también frecuente el parto llamado muy gráficamente "*de taponazo*", acompañado de extensas laceraciones del cuello, vagina y periné; seguido por relajamiento de las capas musculares uterinas, copiosa hemorragia, shock y colapso, con frecuencia, fatal. Si a estas consideraciones añadimos que con frecuencia se inyecta ese poderoso presor-vascular en organismos víctimas de esa alta presión que acompaña a las parturientas, sobre todo cuando son albuminúricas; si se considera que aún queda mucho por investigar acerca de la acción *total* de la pituitrina, debemos vacilar ante el peligro que corren nuestras mujeres cuando la mano atrevida de una comadrona ignorante las somete a la acción de droga tan activa.

En nuestra práctica obstétrica en Ponce y cercanías, hemos podido darnos cuenta del rutinario uso que de la pituitrina se viene haciendo. Y no podemos pasar desapercibido el problema que se crea a la actual sociedad concediendo el libre uso de un nuevo agente que coopera en la destructora obra de laceraciones del útero y periné.

¿Acaso olvidamos que según Cullen, el 90% de los casos de cáncer uterino tienen su origen en esas laceraciones cervicales, con frecuencia inadvertidas hasta la edad crítica en que con terror, sorprenden a toda una familia? ¿Acaso somos indiferentes a esa palidez cítrica de nuestras mujeres; causada por anemias primarias y secundarias, con frecuencia subsiguiente a copiosas hemorragias post-partum? ¿Acaso hemos de sancionar que la llegada alborozante del hijo sea para la abnegada madre lo que la racha ciclónica al gallardo pino de la sierra?

Tiempo es ya de dirigir por legítimo cauce la llegada de nuestros recien-nacidos, con quienes tenemos dos grandes deberes: el de alen-

tar, prolongar y garantizar la salud de la madre; el de mejoramiento propio y robustez que la lactancia materna y maternos cuidados aseguran, imprescindibles para el desarrollo de hombres útiles, dichosos.

El primer paso hacia la eugenesis de la raza lo ha dado en nuestro país el digno comité bajo la Presidencia del Honorable Dr. Francisco del Valle Atiles, proponiendo la aprobación de una ley que garantice la salud de los cónyugues como requisito al matrimonio. El segundo paso es el estudio de un plan práctico y seguro que garantice el nacimiento de nuestros niños y su primera infancia.

La introducción de la Ley de Harrison en la Legislatura Americana comprueba que fué necesario el ejercicio de medidas cohercitivas, la institución de restricciones para estirpar de la moderna sociedad el día por día creciente hábito de la morfina.

Es ciertamente lamentable admitir que aún no estamos los humanos preparados para el libre uso de agentes tan esenciales como el opio a la terapéutica, pero aún con pesar, advocamos la introducción de análogas medicinas, restrictivas para el expendio de un número de drogas, hoy usadas polificamente, tanto en Puerto Rico como en Estados Unidos. Caminamos hacia una era en que el fundamento básico de todas las profesiones será el bien común, la garantía social. La conciencia universal clama por altos requisitos para la admisión al ejercicio de la Medicina y Cirujía. Y entre tanto, ¿es garantía pública permitir el libre expendio de drogas como la pituitrina, que, al decir de Potter y Vincent, "*aún no están los límites de su acción definidos*"?

He tenido la desgracia de presenciar dos casos de *primiparas*, sometidas a repetidas inyecciones de pituitrina, por la comadrona en asistencia. Difícil es precisar si eran aquellas enfermas adecuadas para una inyección: fuimos llamados al parto, en el primer caso, en el momento fatal en que la parturienta, tendida en un lago de sangre, el útero invertido y flácido expuesto a la vista, rendía su último ay! En el segundo caso, fué posible, por haber llegado algo más temprano, invaginar el útero y proceder al taponamiento, instituyendo luego tratamiento sistémico para combatir el colapso que siguió a la terrífica hemorragia. En estos casos pudimos precisar que la pituitrina había sido inyectada cuatro veces en la primera enferma y tres en la segunda, cuando la dilatación (tan lenta en las primiparas) apenas se iniciaba. En estos casos, la investigación y reprimenda correspondientes nada aportan al bienestar de la víctima.

Ante tales observaciones, consideramos la pituitrina un magnífico agente, adyuvante, aplicado sin violencia, con discernimiento, con completa inteligencia de sus propiedades terapéuticas en casos de

inercia uterina, con dilatación completa, siempre respetando *sus aún desconocidos efectos totales.* Pero, conscientes del peligro existente con el rutinario uso de la pituitrina, nos permitimos sugerir que se considere algún plan efectivo para dar al traste con el abuso, por la garantía de nuestras mujeres y por el porvenir de la Obstetricia en Puerto Rico.

UN TRATAMIENTO PRACTICO DE NUEVE CASOS DE TETANOS CON EXITO (1)

Dr. Manuel Janer

HUMACAO, P. R.

Distinguidos compañeros:

Durante los últimos tres años he tenido la oportunidad de tratar nueve casos de tétanos con un resultado tan feliz, que he creido necesario presentar los casos, y por esta razón tengo el gusto de estar ante Vds. hoy. Antes de entrar en consideraciones de ningún género y para abreviar expondré las historias clínicas y tratamientos de los casos en la siguiente forma:

De los nueve casos 5 son de tétanos agudo; los síntomas habiendo aparecido a los dos días, en dos casos, (Nos. 3 y 7) a los tres días, en el caso Nº 2, a los cinco días, en el caso Nº 8 y a los 8 días, en caso Nº 1.

Los otros cuatro casos, 2 han aparecido con síntomas después de 15 días y los otros dos por no saber el periodo de incubación, se han considerado como casos crónicos toda vez que los síntomas que estos representaban no eran tan fuertes como en los casos agudos. Nº. 1. Niño de 9 años, la madre le extrajo una nigua el 10 de Septiembre 1914. El 17 por la noche la madre notó cierta intranquilidad y al día siguiente dificultad al tragar y convulsiones. Lo ví el 19 y ordené que se ingresara en el Hospital Municipal donde después de revisar la herida, se le puso una inyección de suero antitetánico de 4500 unidades y otra de 2 cc. de una solución saturada de sulfato magnésico intramuscular. Al siguiente día habiéndole persistido el trismo y convulsiones se le inyectaron 6 cc. de la misma solución de sulfato de magnesia en dos inyecciones, a las 9 A. M. y 8 P. M. pasando esa noche sin convulsiones. Al siguiente día y durante los días 22, 23 y 24 se le inyectaron 2 inyecciones diarias de 2 cc. solamente, descontinuando todo tratamiento excepto el de limpieza intestinal cuando fué necesario, hasta el 20 de Octubre cuando se dió de alta habiendo se-

guido enteramente bien excepto el trismo que no cedió totalmente hasta 2 meses más tarde.

Nº 2. A García, pesebrero, 60 años. Noviembre 10, 1914. Meintras cargaba yerba, en un descuido se cayó del carro pasándole una de las ruedas por encima del dedo grande del pié produciéndole una herida macerada con fractura de la falange mayor. Al ser trasladado al hospital, le indiqué la necesidad de amputar su dedo pero no fué posible conquistarlo ese día. Visitó a otro médico quien le sugirió el mismo tratamiento pero tampoco consintió por lo cual se le hizo una ligera cura. El miércoles siguiente tenía rigidez del cuello, disfagia y trismo; fué trasladado al hospital donde con anestesia local le amputé el dedo. Se le inyectaron 10 cc. de una solución saturada de sulfato magnésico. Durante la noche y al día siguiente tuvo convulsiones tetánicas y se le administraron 1500 unidadades de suero antitetánico y 30 cc. de solución saturada de sulfato magnésico. Como cedieron las convulsiones se le administró durante 3 días más dos inyecciones solamente y una inyección durante tres días más. El trismo persistía pero la disfagia mejoró algo, y se tardó próximamente mes y medio en lo que salió del hospital Enero 5 1915 pudiendo andar y tragar muy bien pero siempre con dificultad al abrir la boca. Esta dificultad persiste aún apesar de que han transcurrido dos años.

Nº 3. J. R. López, niño blanco de 5 años, residente en la Playa. Junio 3 1915. El 29 de mayo 1915 se le quejó a la madre de que tenía dolor en un pié, al registrarlo ella encontró que tenía una nigua infectada pues al extraérsela tenía pus. El 2 de Junio al levantarse tenía cierta dificultad en andar y tragar; no podía abrir la boca. Lo vió el médico y le aplicó ese día 9000 unidades de suero antitetánico. Las convulsiones en este caso no eran frecuentes y se le aplicaron 9000 unidades más al día siguiente pero en vista de que persistía la dificultad de tragar me avisaron para una consulta sobre el caso. Como el diagnóstico era fácil y en vista del resultado obtenido en los otros casos sugerí la solución de sulfato magnésico como la había usado en mis casos anteriores y no siendo el otro doctor de la misma opinión, no pudo instituirse este tratamiento, aunque usamos el ácido fénico y altas dosis de cloral y bromuros por rectum. No hubo cambio aparente y las convulsiones aunque pocas eran más fuertes y entonces se me permitió que usase sulfato magnésico. Se le inyectaron durante cinco días 10 cc. cada día, de una solución semisaturada puesto que tenía sudores muy fuertes y el día 10 de Junio se suspendió el tratamiento puesto que todos los síntomas se habían abatido y ya le era fácil tragar. No tenía convulsiones; 15 días

más tarde pudo levantarse y aunque el trismo le duró varios meses después, no tuvo otra consecuencia. Este niño aún al reirse o abrir la boca forzadamente, se le nota el risus sardonicus tan característico del tétano.

Nº 4. Este caso 15 días después de habérsele introducido una astilla, empezó a notar los primeros síntomas de trismo, y rigidez a lo largo de toda la columna vertebral pero no tuvo convulsiones y excepto por un poco de dolor, podía andar y andaba durante toda su enfermedad. A pesar de ser un caso relativamente leve hubo necesidad de ponerle durante treinta dias inyecciones diarias de solución de sulfato magnésico al 25 por ciento, y con esto pudo conseguirse que mejorara su rigidez vertebral. El trismo persistiendo aun a pesar de que este caso ocurrió en Diciembre, 1915.

Nº 5. L. G. joven de 23 años, precisamente lo contrario del anterior, pues en primer lugar el periodo de incubación no se pudo nunca saber no habiendo sido posible encontrar herida o erosión alguna, pero además de esto los síntomas predominantes era las convulsiones casi continuas, habiendo poco trismo y disfagia pero presentaba típicamente el risus sardonicus, El tratamiento en este caso consistió simplemente de sulfato magnésico, 40 cc. de una solución al 50% durante dos dias puesto que mejoró de todo rápidamente; las convulsiones mejoraron inmediatamente después de la segunda injección.

Nº 6. Niño de 17 dias de nacido, con disfagia. convulsiones cada vez que se tocaba o hacía esfuerzos por mamar etc., el cordón se había caído a los nueve dias y no tenía aparentente infección local. Las convulsiones habían empezado según la madre, a los 15 dias pero habiendo aumentado en cuanto a tiempo, puesto que eran más largas, lo trajeron para que lo viera. Como quiera que la mortalidad es tan segura, estuve a punto de no probar nada pero al mismo tiempo pensé en la posibilidad de poder ayudarlo ya que en los mayores había sido posible mejorar las convulsiones y prontamente le puse una inyección de 5 cc. de solución al 25%. No habiendo cedido nada, repetí esta dosis el mismo dia y después de dos dias de 5 cc. cada dia, se me desapareció el caso. No supe más de él hasta 5 meses más tarde que me trajeron al niño para que ló apadrinara.

Nº 7. J. V. R. negro de 29 años, robusto, trabajando en un almacén se enterró un pedazo de una varilla mohosa de paraguas; por no perder tiempo siendo un domingo por la mañana, siguió en su oficio después de sacarse parte de esta varilla él mismo, y por la tarde fué al cuarto de socorro donde el practicante le sacó otro pedazo. El martes por la mañana, me avisaron que le hiciera una visita pues estaba con unas convulsiones fuertísimas, trismo, disfagia, opistotonos. Al

interrogar me hablaron de la varilla y de que se la habían extraído cerca de CUARENTA HORAS antes, y me pareció dificil atribuir los síntomas a la herida tan reciente, pero no teniendo ninguna otra y como me enseñaron los pedazos de varillas, ordené que lo trasladasen inmediatamente al hospital donde al llegar se le volvió a hacer una cura de su herida, se le inyetaron 9000 unidades de suero antitetánico y 10 cc. de una solución saturada de sulfato magnésico. Cada 4 horas se le repetía esta dosis y a pesar de esto el jueves, o sea dos dias después, seguía tan malo con sus convulsiones, opistotonos, etc., no habiendo sido posible alimentarlo. La familia resolvió llevárselo a su casa a morir a pesar de que se les indicaba que no era tan apropósito seguir el tratamiento fuera del hospital. No valió de nada el consejo, se llevaron a su enfermo pero se siguió inyectando en la casa 15 cc. de solución saturada tres veces al día y el lunes siguiente, seis días después de empezar sus primeros síntomas, cedieron algo las convulsiones, ya no ocurría el opistotonos, pero se quejaba persistentemente de demasiado dolor en la herida, y al introducir profundamente la sonda, se pudo apreciar que la extracción de la varilla no había sido completa, por lo que todos nos reanimamos y pudo conseguirse que se volviese a trasladar el martes una vez más al hospital donde después de extraída la punta restante y persistir por dos días más con la solución al 50% de sulfato magnésico, cesaron por completo las convulsiones, púdose seguir alimentando por tubo durante una semana, después de la cual con dificultad siguió ingeriendo líquidos por un mes, y justamente dos meses después de ingresado por primera vez, salió del hospital completamente bien, sin rigidez, sin disfagia y sin trismo.

Los casos Nº 8 y 9 no presentan nada nuevo de importancia, excepto que el Nº 8 es de tétano agudo, los síntomas apareciendo 5 días después de la herida, pero no con tanta exageración como el anterior, y cediendo después de una semana de tratamiento con inyecciones al 50%, habiéndose inyectado inicialmente 1500 unidades de suero antitetánico.

El caso Nº 9 es de interés simplemente porque es idéntico al Nº 4, con la excepción de que nunca se descubrió el foco original, pero los síntomas eran tan leves que solo le puse tres inyecciones de solución al 50% y como no cedía ni mejoraba, dejé el tratamiento por completo en cuanto se refiere a medicinas, y el paciente al mes dejó de curarse, puesto que ya pudo atender a sus oficios.

Ahora bien, como en estos casos se ha usado además del sulfato magnésico el suero antitetánico podrían algunos suponer que no es cierta la acción de esta droga en los casos de tétanos, y aunque no

creo que es una droga específica para el tétanos, se ha usado como factor principal en la terapéutica de estos casos. Mi idea de usar el suero es para llenar la indicación muy importante de proteger los territorios y células no afectadas, y la mejor prueba que no ha actuado para otra cosa es que los síntomas cedieron en aquellos en que no se había usado este agente con la misma facilidad, y que el tratamiento por el suero solo, no ha dado resultado. Es bien sabido que los síntomas de esta enfermedad se deben necesariamente a substancias tóxicas fabricadas en una herida infectada con el bacilo del tétano; que estas toxinas se han separado en dos substancias, la tetanolisina que destruye los glóbulos rojos y la tetanoespasmina que es la causante de las convulsiones y espasmos típicos. Se ha demostrado también que las toxinas especialmente esta última son absorbidas por los nervios m o t o r e s y solo por ellos las t r a s p o r t a n directamente a la médula espinal, La acción específica de esta toxina CONSISTE EN LA PRODUCCION DE UN ESTADO DE HIPEREXITABILIDAD de los ganglios MOTORES lo que explica la aparición de las convulsiones tónicas; las convulsiones clónicas siendo el resultado de una exitabilidad refleja. Teniendo en cuenta que la muerte en la mayoría de los casos de tétanos es debida a agotamiento por las convulsiones, y que el sulfato magnésico posee un efecto depresivo sobre estos centros motores produciendo por lo tanto UNA INHIBICION de los accesos convulsivos, aún cuando no sea fácil explicar de un modo satisfactorio lo que pueda tener de racional este tratamiento, conviene tener presente este medio posible de alivio, sobre todo en los casos en que el enfermo se agota por la frecuencia y gravedad de las convulsiones.

---

(1) Trabajo leído ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 22 y 23, 1917.

ETER VERSUS CLOROFORMO (1)

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LAS ANESTESIAS EN PUERTO RICO

Dr. José S. Belaval

SAN JUAN, P. R.

Distinguidos compañeros: Es este un asunto que a mi juicio, merece la atención de todos los que nos interesamos en el desenvolvimiento científico que va adquiriendo la práctica de la cirujía en Puerto Rico y de cuyo estudio hemos de derivar conclusiones beneficiosas, para nuestros enfermos y para nosotros mismos.

Recien llegado de mis estudios me sorprendió la aparente inocui-

dad con que se administraba exclusivamente el cloroformo en Puerto Rico como anestésico general y en la mayoría de los casos por personas inexpertas; no acertaba a explicarme por qué en los Estados Unidos se daba la preferencia al eter, y se nos enseñaba que el cloroformo era una droga peligrosísima que sclo debía usarse en muy determinados casos, cuando el eter estaba contraindicado. Apesar de todas las enseñanzas que había recibido y de los temores que se nos habían infundido contra el cloroformo en los colegios y hospitales americanos, los creí todos exajerados, hijos quizás del poco conocimiento de la droga y entré como otros tantos en la rutina de la administración del cloroformo, confiando en la inocuidad que me parecía tener la droga en estos climas, e inducido además por las observaciones de ilustrados compañeros quienes me afirmaban era casi imposible anestesiar a un enfermo por el eter en este país; mas, muy poco tardé en convencerme, que todas las enseñanzas que de mis maestros había recibido estaban respaldadas por una larga experiencia, que todos aquellos temores estaban justificados y que el cloroformo lo mismo en los Estados Unidos que aquí y en cualquier parte, es una droga sumamente peligrosa y traicionera que debemos usar muy parcamente y solo en determinadas y muy escojidas circunstancias; volviendo así a seguir las prácticas de mis viejos maestros, prefiriendo siempre que fuere posible el eter como droga menos peligrosa y más satisfactoria. Deseando cerciorarme si continuaba aun administrándose más cloroformo que eter en Puerto Rico como yo lo presumía, dirigí el siguiente cuestionario a los principales centros quirúrgicos de la Isla.

1. De los anestésicos generales eter y cloroformo, ¿cuál de los dos se usa con más frecuencia en esa institución? Cloroformo en 8 hospitales, eter en 5.

2. Por qué se prefiere el cloroformo al eter?

Cloroformo por la facilidad de su administración.

Eter por ser menos peligroso.

3. ¿Cuál de los dos anestésicos considera usted de mayor peligro usado rutinariamente?

Once, contestan que el cloroformo, dos el eter.

4. ¿Quién administra la anestesia en esa institución?

En nueve hospitales la administra el practicante, en un hospital la enfermera, en otro hospital la persona que pueden conseguir inexperta: en dos hospitales, médicos.

5. ¿Cuál de los dos anestésicos considera el anestetista de más facil administración?

Once, el cloroformo, uno el eter, uno no lo expresa.

6. ¿Promedio del tiempo aproximado para inducir la anestesia por el cloroformo y el eter¿

Con cloroformo de cinco a diez minutos: con eter de quince a veinte.

7. Número de accidentes ocurridos con uno y otro anestésico en los últimos cinco años?

Once instituciones manifiestan haber tenido catorce accidentes con cloroformo, ninguno con eter, pero no expresan cuántos de ellos o si todos fueron fatales.

Una Institución que indudablemente lleva records más completos, me dice: En 1666 anestesias por el eter tuvimos 3 muertos: en 96 anestesias por el cloroformo tuvimos uno muerto.

Otra Institución nos da más detalles y dice: En 1125 anestesia por cloroformo ocurrioron 51 accidentes, y 3 muertos.

En 625 anestesias por eter ocurrieron 30 accidentes, ninguna muerte.

8. ¿Que método de administración se usa?

Abierto en nueve hospitales, cerrado en tres.

Resumiendo estas contestaciones diremos (1) que en Puerto Rico va abriéndose paso rápidamente el empleo del eter como anestésico en general porque se considera la droga ménos peligrosa. (2) que aun se prefiere el cloroformo en la mayoría de las instituciones por que es más facil de administrar. (3) que en una gran mayoría de los casos la anestesia está todavía encomendada a personas inexpertas a quienes les es más fácil dormir al enfermo con el cloroformo, que es droga más activa y (4) que el mayor número de accidentes y muertes corresponde directamente al cloroformo como era de esperarse.

Ahora bien Señores: todos sabemos perfectamente que el cloroformo es una droga traidora porpue el margen entre la droga terapéutica y la dosis excesiva es muy pequeña, porque sus accidentes se presentan repentinamente por su acción paralizante sobre el centro circulatorio, porque actúa como depresor del músculo cardiaco y de sue nervios intrínsecos, porque actúa directamente sobre la célula hepática causando su degeneración grasosa, porque actúa como irritante de la célula renal y por último, porque es un verdadero tóxico del protoplasma en general.

De modo compañeros, que un pais como el nuestro donde por causa del enervante clima tropical, vida sedentaria, y alimentación impropia, nuestros hígados están congestionados, torpidos y predispuestas sus células a sufrir degeneraciones diversas; en un pais donde las afecciones pelvi-renales son observadas con tanta frecuencia;

donde las anemias son tan comunes y donde la mayoría de las anestesias están aún en manos de inexpertos, venimos sinembargo de ello dando la preferencia a una droga como el cloroformo, cuyas secuelas de administración están en pugna franca con las condiciones anatomopatológicas antes citadas y que tan frecuentemente encontramos en nuestros enfermos.

En cambio, en el eter tenemos una droga estimulante del corazón y del sistema circulatorio, cuya acción tóxica sobre la célula hepática no es tan marcada como la del cloroformo, y cuyos accidentes de administración son menos frecuentes y menos peligrosos, porque su acción depresiva se ejerce primordialmente sobre el centro respiratorio, la parálisis del cual, es siempre un centinela que avisa en tiempo al anestetista alerta antes que se deprima peligrosamente el centro circulatorio.

Como ya hemos visto la razón más plausible y poderosa que encontramos para preferir el cloroformo, es la de que la gran mayoría de los anestetistas son personas inexpertas, que desconocen la técnica de la administración del eter que es indudablemente más difícil. ¿Pero es lógico y razonable que en Puerto Rico donde ya hay un excedente de médicos, se encomiende aún la administración de los anestésicos a personas inexpertas que desconocen por completo la técnica de la administración y acción fisiológica de estas drogas? ¿Es justo que por mantener esta antigua rutina se exponga a los enfermos a más graves riesgos de los que por necesidad encierran ya los anestésicos generales en sí? Hemos de convenir, que es injustificado este proceder, y que sobra la razón al Dr. Guathmey para decir refiriéndose a los peligros de los anestésicos que "Ip bring a living being to that borderland in which life in many respects so simulates death, should at no time be a fool's occupation". (Traer a un sér viviente a esa línea fronteriza en la cual vida asemeja en tantos respectos a la muerte, no debe ser jamás ocupación de tontos).

Es pues necesario señores, que dejemos a un lado antiguos prejuicios, que nos hacían considerar el papel del anestetista como secundario y casi deprimente para el médico, y que nos convenzamos que él tiene a su cargo una función muy dificil de cumplir y tan responsable como la del mismo cirujano operador, cuyo propio éxito en muchas ocasiones depende de la habilidad y pericia del anestetista, y al efecto copiamos de nuestro distinguido compañero y eminente cirujano Dr. Toro un párrafo de su trabajo sobre anestesias leído ante la Asociación Médica del Distrito Norte el 23 de Diciembre de 1917. "Todo cirujano de oficio sabe los ratos desagradables y las molestias a vece insuperables que sufrimos a menudo a causa de un

anestésico mal administrado o mal tomado por el paciente. Periodos excesivamente largos del estado de inducción los cuales, además de ser peligrosos para el paciente, acaban con la paciencia y el temperamento del operador; pacientes mal dormidos que interrumpen la operación a cada instante y la prolongan indebidamente aumentando así los daños del operado y disminuyendo los años de vida del operador. Tos, vómitos, cianosis, síncopes, ronquidos e innumerables accidentes y molestias desde el más sencillo y leve hasta lo más peligroso.. Comparad con este cuadro al cirujano a quien ayuda un buen anestetista y un buen anestésico con un paciente que duerme a los 15 o 20 minutos que pasa luego al verdadero periodo de anestesia, sin tos ni vómitos como si estuviera en un sueño natural y respirando profundamente! He aquí un paciente en un estado ideal para ser operado."

Señores, el anestetista no es ni puede ser ya un simple mecánico a quien se le entrega un frasco de cloroformo y una mascarilla para que siguiendo las indicaciones del cirujano derrame más o menos gotas de la droga según sea necesario a juicio de aquel; no, los problemas de la cirujía se han complicado de tal modo, que el cirujano que desea tener éxito necesita dar su atención indivisible a la intervención que practica, y por lo tanto no puede ni debe estar pendiente del estado general del enfermo, del cual es único y exclusivamente responsable el anestetista. Por otra parte, el detenido estudio que se ha hecho de la acción fisiológica y técnica de administración de los distintos agentes anestésicos, nos han demostrado que no podemos usar impunemente ninguno de ellos de una manera rutinaria, sino que por el contrario es función del anestetista el seleccionar con tacto y discreción la droga o combinación de drogas indicada en cada caso especial para poder obtener una narcosis profunda con el menor riesgo para el enfermo; esto no sólo requiere ya un profuudo conocimiento de la técnica de administración de los distintos anestésicos, sino también requiere un detenido estudio de su acción fisiológica y secuelas de administración, y es función que por lo tanto no puede encomendarse a inexpertos.

Convencidos como estábamos los doctores del Toro, Glines y el que habla de la necesidad de mejorar la administración de la anestesia en Puerto Rico, cuando fundamos nuestra Clínica particular nos comprometimos a auxiliarnos mutuamente en esta tarea, administrando siempre la anestesia uno de nosotros mismos; esto era ya un paso de avance en el camino de aumentar la seguridad de nuestros operados, pero aún tenía sus inconvenientes y comprendimos que era imperioso que uno solo se dedicase exclusivamente a ello, si era que deseábamos conseguir los mejores rusultados. Con este motivo e inte-

resado ya en el asunto, en mi último viaje a los Estados Unidos me dediqué a estudiar y practicar con el Profesor Lumbard los diversos métodos de anestesia general y muy especialmente al estudio de la anestesia por el óxido de nitrógeno en combinación con el oxígeno y el eter, método que ha dado brillantes resultados en los Estados Unidos y que desde mi regreso hemos venido usando en el Puerto Rico Sanatorio con entera satisfacción.

Mi preferencia señores por el eter, es únicamente hija de la experiencia, soy uno de sus más decididos partidarios pero no soy ni puedo ser un exclusivista, porque ella como todas las drogas tiene sus contra-indicaciones claras y precisas que la hace inaplicable de un modo rutinario en todos los casos. Reconozco que ofrece las desventajas de su difícil administración, de su acción irritante sobre la mucosa del sistema respiratorio y de sus largos periodos de inducción; inconvenientes todos que no podemos eliminar por completo, pero que si puede reducirse a un mínimum según vamos adquiriendo práctica en su administración; y así tenemos que induciendo la anestesia por el óxido de nitrógeno y por el oxígeno combinados, y siguiéndola luego por el eter reducimos los largos periodos de inducción a un mínimum de tiempo de tres a cinco minutos, eliminamos la sensación de sofocación, los periodos de excitación, las náuseas y vómitos son raros, pasando el enfermo al periodo de anestesia profunda en la moyoría de los casos sin experimentar sensaciones desagradables, y con una cantidad mínima de eter que fluctúa entre 15 y 30 gramos; consiguiendo por este método agregar seguridad y confort para el enfermo y economizarle los momentos más desagradables y horrorosos de la anestesia por el eter.

Temeroso, señores, de haber ocupado demasiado tiempo la atención de ustedes, voy a terminar haciendo las siguisntes conclusiones:

1ó—Que dada la importancia que a mi juicio tiene el problema de las anestesias, por su influencia directa sobre el éxito de las intervenciones quirúrgicas, los cirujanos deben cuidarse mucho de elegir un anestetista capaz y práctico en sus funciones qve garantice la seguridad de sus operados y el éxito de las intervenciones.

2º—Que creo decididamente que es ésta una función que sólo debe encomendarse a médicos y a médicos versados en el asunto.

3º—Que sólo debemos emplear el cloroformo en aquellos casos en que los otros anestésicos están contra-indicados.

4º—Que siempre que sea posible debemos elegir el eter como anestésico general por ser droga menos peligrosa que el cloroformo.

5º—Que la administración del eter debe precederse siempre por

la de otra droga cuya acción sea más rápida y menos desagradable, tales como el óxido de nitrógeno o el de cloruro de etilo.

6º—Que no soy exclusivista bajo ningún concepto y que creo que la función más dificil del anestetista inteligente es la de seleccionar la droga o combinación de drogas adecuadas a cada caso especial. He dicho.

(1) Trabajo leído ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 22 y 23, 1917.

HERIDA DEL PULMON POR ARMA BLANCA SU TRATAMIENTO QUIRURGICO (1)

Dr. Alvaro Santaella

PONCE, P. R.

Vamos a ocuparnos hoy acerca de una herida del torax. No me mueve el deseo de notoriedad, solamente me preocupa el hecho de la utilidad que pueda prestar a la clínica en casos similares.

Muy poco se ha escrito relativamente a esta clase de heridas que por sus especiales condiciones llevan consigo grandes temores y se prestan a grandes cuidados.

Es el caso de un hombre de 27 años de edad, vecino de Ponce, llamado Manuel Segarra, de robusta constitución, el cual fué herido en una tarde del 12 de Abril de 916.

La herida consistió en un machetazo dirigido en sentido oblicuo al eje del cuerpo, y fué de carácter penetrante toda vez que interesó las partes blandas y óseas hasta el interior del torax donde también seccionó la pleura parietal y pulmonar llegando en su trayecto lesivo hasta el tejido pulmonar en que ocasionó una extensa herida de carácter inciso y en cuya viscera dió margen a una abundante hemorragia que inmediatamente amenazó de un modo severo su vida.

Hay que notar aquí no solo el hecho mismo de la herida, sinó también el hecho consecutivo de la profusa hemorragia.

Como pude observar, el hombre iba perdiendo sus fuerzas por momentos y así lo demostraron su palidez extrema, su pulso tan pequeño que pasó pronto a hacerse filiforme, su enorme disnea sudorosa, su dolor ansioso, tos entre-cortada y difícil y su expectoración sanguinolenta y abundante: En una palabra, todo el cuadro alarmante de una muerte inmediata. ¿Qué hacer en esta situación? Me revestí de la suficiente entereza de ánimo y llevé mi enfermo a la mesa de operaciones. Era necesario penetrar al mismo tiempo que

la herida, dentro del torax y era urgente intervenir de un modo seguro removiendo la causa de aquel cuadro alarmante. Al efecto anestesié al herido y procedí a la correspondiente resección de las costillas 4ª y 5ª interesadas, con el fin de poner el campo operatorio a la vista. Enseguida pude convencerme de que se trataba de una herida con gran hemorragia del lóbulo inferior del pulmón derecho.

Verifiqué sin pérdida de tiempo, tres suturas interrumpidas sobre la herida, con catgut, y al instante paralizó aquella alarmante hemorragia. Después cerré la herida, previa sutura de la pleura parietal y la confié a su marcha clínica ordinaria, no sin antes colocar una gasa que permitiese drenar y hacer hemostasia suficiente en la cavidad.

Pasaron varios dias sin novedad, hasta que pude observar por la fiebre, escalofríos repetidos y el pús obtenido, que se trataba de una complicación frecuente en estos casos o sea de una empiema. El enfermo volvió a tomar un caracter grave y en tal concepto me resolví a intervenir, lo que hice por medio de una inyección local de novocaina. La anestesia general era imposible dada la poca resistencia del enfermo.

Como es de rigor, procedí a esta segunda operación sobre la linea axilar media y resequé un trozo de costilla, colocando dos tubos de drenage para establecer la eliminación correspondiente. Desde entonces el enfermo empezó a mejorar, sus fuerzas fueron devolviéndose al organismo, el proceso de reparación se presentó de un modo notable y bien pronto la curación fué observada.

Como resultado, debemos apuntar que el pulmón funciona actualmente igual que si no hubiese sufrido una lesión tan importante y sin que el organismo se haya resentido en lo más mínimo.

Lo particular de este caso estriba en la oportunidad de la intervención. Si yo me limito a otros medios y a otra acción y no pongo a la vista la causa de aquel cuadro, el enfermo hubiera sucumbido merced a la hemorragia interna existente, pues la cavidad pleurítica estaba llena de sangre y los fenómenos compresivos y la pérdida de sangre hubieran sido motivos suficientes para explicar el trágico fin de aquel pobre hombre.

Esto aconseja a los cirujanos que en casos semejantes y cuando se trate de estas heridas, y cuando los síntomas revistan caracter de alarma justificada procedan con toda rapidez a descubrir la herida y a obtener la hemostasia indispensable, pues una herida del pulmón es igual que una de la pleura, hígado, bazo, corazón o cualquier otra víscera.

Yo he tenido en mi clínica del "Hospital Tricoche" casos donde

una herida de cuchillo no saturada oportunamente me ha permitido estudiar después en la autopsia que la pleura estaba llena de sangre derramada y que hubiera podido tal vez de igual manera que en el caso presente intervenirse eficientemente.

(1) Trabajo leído ante Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 22 y 23, 1917.

EL PROBLEMA DEL CANCER (1)

Dr. Jorge del Toro

CIRUJANO HONORARIO DEL HOSPITAL MUNICIPAL

SAN JUAN, P. R.

La ciencia de la medicina y cirugía adelanta mucho, pero en su camino interminable aún nos queda un gran problema por resolver; la prevención y curación del cáncer. Pero aún en nuestro estado actual de conocimientos podemos con un poco de esfuerzo, cuidado y divulgación de conocimientos, conservar muchas vidas necesarias y evitar muchos sufrimientos.

Dado el estado actual de conocimientos no hay más que un camino que seguir: extirpar el cáncer en su principio y si posible fuera, antes de que realmente sea cáncer. En el cáncer, al igual que en muchas otras condiciones que requieren la intervención quirúrgica como medio curativo, es siempre la dilación la que trae sus fatales consecuencias, y hora es ya, de que se considere a la cirugía como a un agente terapéutico al igual de los demás agentes que usamos en la curación de las enfermedades, y no como a un agente de último recurso. La cirugía no es un agente de último recurso como desgraciadamente se la considera, debe ser un agente de primer recurso en un gran número de enfermedades. El dilatar una intervención quirúrgica en una enfermedad que tiene tratamiento quirúrgico, no es hacer otra cosa que perder la mejor oportunidad y esperar a que llegue el moménto en que la cirugía pierda su valor.

No he intentado en este corto trabajo hacer un estudio comparativo entre Puerto Rico y otros paises en cuanto a la frecuencia del cáncer; creo que nos bastará con conocer nuestre estado de cosas y ver que se nos sugiere para mejorarlo.

La estadística del número total de defunciones y el número de

(1) Trabajo leído ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 22 y 23, 1917.

defunciones por cáncer me ha sido bondadosamente suministrado por el Negociado de Enfermedades Trasmisibles y Estadística del Departamento de Sanidad.

El número de defunciones ocurridas en la Isla de Puerto Rico por cáncer, comparado con el número total de defunciones en los últimos cinco años, es como sigue:

Año	Total de defunciones	Defunciones por cáncer	Por ciento
1912 a 13	26,034	285	1.09 %
1913 a 14	21,775	257	1.18 "
1914 a 15	23,664	318	1.34 "
1915 a 16	26,572	361	1.55 "
1916 a 17	34,939	395	1.13 "

Del 13 al 14 disminuyeron las defunciones por cáncer en número de 28. Del 14 al 15 aumentaron 61; del 15 al 16 aumentaron 43, y del 16 al 17, 34. De suerte que en los últimos años las víctimas del cáncer han aumentado en un promedio de 46 al año.

En cuanto a la ciudad de San Juan tenemos lo siguiente:

Año.	Total de defunciones.	Defunciones por cáncer.	Por ciento.
1912 á 13	1,381	23	1.66%
1913 á 14	1,272	19	1.49"
1914 á 15	1,380	36	2.60"
1915 á 16	1,441	33	2.20"
1916 á 17	2,302	36	1.56"

Aquí como en la isla se nota una disminución en el año 1913 á 14, y hay una disminución solo proporcional en 1916 al 17. El promedio anual de defunciones por cáncer en esta ciudad es de 29.4, ó sean 2.45 mensualmente.

Si detalláramos esta estadística comparándola con las defunciones ocurridas en la población mayor de veinte años, el por ciento de defunciones por cáncer sería decididamente mayor.

Estas estadísticas son ciertas, más bien pecarán de cortas que de exceso, pues cuan o en una defunción el médico pone cáncer como la causa de muerte, es porque no hay dudas, mientras que por el contrario, no hay duda que casos de cáncer interno fallecen con sintomatología obscura y son atribuidas a otras causas.

Veamos ahora la luz clínica que sobre la cirugía del cáncer nos da el trabajo del Hospital Municipal de San Juan durante los últimos ocho años.

El número de casos de cáncer tratados en el hospital en el tiempo comprendido desde mayo de 1909 en que se abrió el nuevo hospi-

tal hasta mayo de 1917, ha sido 151. De estos hay diez casos mal clasificados en cuanto a la situación del cáncer o a su estado clínico, de suerte que para estudio escogeré solamente 141 casos, excluyendo todos los casos que pudieran dar lugar a dudas de diagnósticos.

La situación del cancer ha sido la siguiente:

Utero 59. Mamas 18. Pene 10. Hígado 8. Lengua 7. Cara 6. Estómago 5. Labio 3. Boca 3. Laringe 3. Mano 3. Cuello 2. Nariz 2. Próstata 2. Piel 1. Paladar 1. Maxilar superior 1. Recto 1. Intestino 1. Párpado 1. Vulva 1. Oreja 1. Teste 1. Faringe 1. Total 141.

El grado clínico de adelanto canceroso en que se pueden clasificar los casos es el siguiente: 1º—*Casos operables*, considero a aquellos en que pudiendo hacerse con certeza el diagnóstico del cáncer se encuentran sinembargo en un grado clínico en el cual el cáncer no se ha extendido más allá del órgano o el área en que radica y cuyas metástasis son ninguna, pocas o limitadas a los ganglios regionales. 2º—Los casos anotados *operados en estado avanzado*, son los casos en los cuales el cancer va ya dejando de circunscribirse al órgano o región donde radica y cuando la matástasis va más allá de los ganglios regionales y en donde hay ya infiltración cancerosa de los tejidos circunvecinos. Realmente estos casos pueden considerarse como inoperables, pues solo se interviene en ellos por dar al paciente la oportunidad del tratamiento. 3º—El tercer grupo o *inoperables* son aquellos casos en donde ya se hace imposible practicar ninguna intervención dada la extensión del proceso. En muchos de estos casos noperables, especialmente en casos de cancer del útero, s han practicado intervenciones paliativas. Hecha esta aclaración, tenemos en 141 casos clasificados los siguientes:

Casos ope ados en estado operable	17
Casos operados en estado avanzado	84
Casos inoperables	84
Total	141

Tenemos pues que en ciento cuarenta y un casos de cánce , solamente han venido al hospital en estado operable el 12 por ciento; han sido operados en estado avanzado el 28 por ciento, e inoperables el 59.57 por ciento, casi el 60 por ciento. Debo manifestar que he dado todas las ventajas posibles al estado de operabilidad.

En esta serie de casos ocurrieron diez muertes inmediatas postoperatorias.

Los casos de sarcoma atendidos en el hospital durante este mismo período de tiempo son veinte y seis, clasificados como sigue:

Pages 205-208 missing

205 to 208 Missing

Número de muertos por asesinatos, en un año, en los Estados Unidos 6.597

Número de muertes, por cáncer, en un año en todos los Estados 80,000. Muere, pues, por cáncer una persona cada seis minutos y medio en los Estados Unidos.

En Puerto Rico durante el año 1915 al 1916 ha ocurrido una muerte por cáncer todos los días.

En la ciudad de San Juan durante el año que va a terminar han muerto por la misma enfermedad tres personas todos los meses.

Nosotros estamos ahora seguros para demostrar que la curación del cáncer, va en aumento. La idea errónea, el escepticismo que afirma que el cáncer no se cura, va desapareciendo. El hecho de que no se haya descubierto todavía un agente específico para su curación no es motivo bastante para negar que existen medios de combatirlo. En 1890, Agner, profesor de cirugía en la Universidad de Pennsylvania dijo, públicamente, en su clínica quirúrgica, que el cáncer era incurable; que nunca había curado un solo caso de cáncer del pecho. En el mismo año y una semana después de la aserción de Agner, Holsted operó a una enferma de cáncer de la mama, que en el año 1913 continuaba curada de l enfermedad. El cáncer es una enfermedad curable y probablemente el 60% de las muertes ocurridas por esta dolencia pueden ser evitadas. Conocemos bastante acerca de los factores que predisponen al desarrollo del cáncer y entre ellos son conocidos los procesos crónicos irritativos. Sabemos que las dislaceraciones y ulceraciones del cuello del útero, como las neoplasias fibrosas del mismo, son manifestaciones tempranas del cáncer en ese órgano. Las hemorragias después de la menopausa son en algunos casos, indicios de cáncer.

En su principio, el cáncer se manifiesta por una localización del organismo. En las regiones visibles del cuerpo, aparece a veces el proceso inicial por una erosión, o por una pequeña dureza o en alguna otra forma de las neoplasias.

PROFILAXIA

Al comenzar a practicar la profilaxia del cáncer es necesario, antes que nada combatir el escepticismo que domina a los legos, como aún todavía en algunos de la profesión que siguen en la idea de que para el cáncer no hay curación posible.

¿Cuales son los medios profilácticos de que haremos uso en nuestra campaña curativa? Evitar que el cáncer se desarrolle en toda su magnitud; en ese grado de desarrollo, la curación es posible todavía, aunque en un tanto por ciento muy bajo.

Al decir cáncer en toda su magnitud, queremos significar cuando

no hay histológicamente duda alguna acerca de la malignidad del tejido neoplásico. Aún en ese grado de la enfermedad podemos elevar el tanto por ciento de curaciones empleando de buena técnica en los procedimientos terapéuticos. Técnica quirúrgica principalmente, técnica roentgenológica etc.

Cuando el cáncer se diagnostica clínicamente, el tanto por ciento de curaciones es muy insignificante; quizás de ahí nazca la idea que hemos apuntado antes de su incurabilidad.

Para ilustrar la diferencia que existe entre la curación de los casos de cáncer del pecho diagnosticados histológicamente y los diagnosticados clínicamente, citaremos la estadística del Hospital de Johns Hopkins:

"80% de curaciones cuando los casos no fueron diagnosticados clínicamente.

25% cuando los casos se diagnosticaron clínicamente."

Reconociendo que el estado precanceroso es el que admite un tanto por ciento más alto de curaciones, llamamos la atención de la clase médica para que esté ojo avizor de cualquier síntoma que indique sospecha de un futuro proceso canceroso.

La frecuencia conque dolorosamente vemos a infinidad de mujeres padeciendo de cáncer en la matriz, después de oir que sufrían síntomas precancerosos, (hemorragias, flujos lencorreicos etc.) nos hace pensar en que todavía no ha llegado a realizarse en la conciencia de la mujer un verdadero concepto de la gravedad de esos síntomas, y quizás algunos de la profesión no le dan tampoco importancia.

Si esto es así, mas de lo que fuere conveniente, es mas bien por la costumbre que hay siempre de aguardar que por ignorancia.

El procedimiento de aguardar hasta que los síntomas del cáncer sean visibles y puedan apreciarse, significa disminución en el tanto por ciento de curaciones.

William J. Mayo ha demostrado recientemente que la mayoría de los enfermos que padecen de cáncer del estómago, se presentaban a sus médicos, relatando síntomas que venían ya sufriendo tres o cuatro años atrás, cuyos síntomas semejaban a los de las úlceras gástricas.

Es verdad que el estado precanceroso de ciertos órganos, estómago, intestinos, apéndice, y vesicular biliar etc. se hace de diagnóstico bastante díficil; pero recurriendo a ciertos métodos de diagnóstico hoy conocidos y que van en progreso de día en día podríamos en muchos casos justificar una intervención exploradora como recurso que llenaría un doble fin para el enfermo: curar los síntomas y alejar la idea de la posiblidad de un proceso canceroso.

¿De qué otros medios podemos valernos para evitar el cáncer? Los de una campaña educativa y al efecto, 'sugerimos:

1º—Que la Asociación Médica de Puerto Rico principie a trabajar con el departamento de Sanidad para que en folletos se publiquen aquellos conocimientos prácticos que debe tener el público acerca de los diversos síntomas precancerosos, haciéndole comprender la gravedad de ellos y la necesidad absoluta de que las personas que sufran algunos de esos síntomas se haga examina de su médico.

2º—Celebración de conferencias públicas referentes a la enfermedad, dedicadas a aquellas personas que no sepan leer o a quienes no alcance el folleto.

3º—Que con frecuencia las sociedades médicas de la isla discutan todo lo nuevo que sobre la malignidad del cáncer se sepa, como también los medios de combatirlo, al objeto de que las nuevas enseñanzas se divulguen entre la clase médica.

4º—La publicación en la prensa diaria de todo aquello esencial que sobre el cáncer deba saber el público.

5º—En los Estados Unidos se ha llegado a la creación de sociedades de mujeres que en sus reuniones, vulgarizan los conocimientos de ciertos estados morbosos propios del sexo cuyos trastornos, con frecuencia, son signos de cáncer. Creemos que en Puerto Rico, tales asociaciones podrían llevarse a efecto con resultados beneficiosos.

Ya que citamos la creación de sociedades para contrarrestar el desarrollo del cáncer, hemos de mencionar a la Sociedad Americana para el *control* del cáncer fundada hace algunos años, la cual viene haciendo un trabajo digno de admiración por los esfuerzos que realiza al combatir tan terrible enfermedad.

No hemos de concluir con este breve trabajo sin antes manifestar que cualquier medida provechosa que ponga en práctica la Asociación Médica de Puerto Rico, para contrarrestar el desarrollo del cáncer, sería para ella una gloria y un motivo más de alabanza de los que tanto ya tiene anotados en su historia.

(1) Trabajo leído ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 22 y 23, 1917.

INFORME DEL COMITE nombrado por la Comisión de estudio e investigación de enfermedades transmisibles, con el fin de invertigar sobre el terreno y del modo mas exacto, las condiciones en que se desarrolla la vida de los leprosos bajo el punto de vista sanitario, médico y social. (1)

Ponencia del Dr. José A. Diaz

El Comité que suscribe, cumpliendo un acuerdo de la Comisión, se trasladó en la tarde del día primero de Febrero a la Colonia de Leprosos, sita en la Isla de Cabras, con el fin de investigar sobre el terreno, las condiciones en que se desarrolla la vida de estos seres desgraciados, bajo el punto de vista sanitario, médico y social, encontrando que existen 41 leprosos, 15 mujeres y 26 hombres, con dos sirvientes, un varón y una hembra y bajo la dirección de un practicante, con residencia fija. Estos individuos ocupan dos edificios de cemento, uno para varones y otros para hembras, situados en los dos extremos de la Isla, y varias casetas de madera para los casos que, por sus condiciones físicas, están recluídos en cama. Hay un pequeño edificio que se utiliza para enfermería y cocina y varias letrinas en los alrededores de la pequeña Isla que desaguan al mar; existe una caseta ocupada para vivienda del practicante y un depósito para recoger el agua pluvial, única fuente de este precioso líquido, para atender a las necesidades de la Colonia.

Las casetas ocupadas por los leprosos son pequeños; con cabida bastante para una cama, una mesa y una silla, de aspecto desagradable, por lo sucio y descuidado de su indumentaria, en donde, más que vivir, agonizan esos infelices, sin atención sanitaria y médica a que son acreedores, y a la merced de dos sirvientes muy bondadosos, pero ignorantes en lo que se refiere a higiene y medicinas.

Los edificios de mampostería que ouupan como dormitorios los leprosos están en muy malas condiciones de limpieza y salubridad.

La enfermería y cocina están en las peores condiciones; las letrinas, "casetas viejas y destarteladas", necesitan reparaciones urgentes; el volúmen de agua que el depósito pued contener, es insuficiente para atender a las necesidades de la Colonia y sería un verdadero conflicto si, por desgracia, dejara de llover por una temporada, como acontece muchas veces en Puerto Ricc, porque la carencia de este líquido se haría sentir inmediatamente y habría necesidad de llevarla de esta ciudad, lo que sería difícil por los inconvenientes graves que existen para el transporte a aquel sitio, material y económicamente.

(1) Dictamen leido ante la reunión científica de la Asociación Médica del Distrito Norte, Marzo de 1918.

Se puede observar por el aspecto pobre y triste de vegetación, lo estéril de aquel terreno arenoso y rocalloso, donde parece no es posible el cultivo de vegetales útiles ni la instalación de jardines para engalanar siquiera el solitario aislamiento de aquellos infelices.

La impresión recibida por este Comité es de dolorosa conmiseración para aquellos seres condenados a vivir en un destierro, apartados del mundo, separados de sus familiares y amigos, perdidas las esperanzas e volver al seno del hogar y de sus afectos, condenados al olvido de todos, peor tratados que los más empedernidos criminales, siendo inocentes, sin más perpectiva ante sus ojos, que la tumba que ha de recoger sus restos mortales.

La situación de la Colonia de Leprosos en pleno siglo XX nos hace volver la vista a las épocas primitivas y por un fenómeno de atavismo, se reproducen en Puerto Rico los hechos que se desarrollaron allí en Palestina, antes de la era cristiana y en Europa entre la sexta y décima quinta centuria, cuando la lepra era reconocida como la enfermedad más peligrosa de que nos dá cuenta la historia. Ser leproso y ser rechazado por todo el mundo, era lo mismo. A los sitios destinados para los leprosos, se les huía como si fuera la boca del infierno. Los leprosos no podían traspasar la línea divisoria sin el riesgo de ser muertos instantáneamente. Si un extranjero, en buena salud e ignorante de la reclusión de estos seres, penetraba en su campamento, tenía que permanecer con ellos. Eran tan rigurosos con los leprosos, que obligaban al atacado de esta enfermedad a cubrirse con una sábana, dejando solamente los ojos descubiertos y a llevar un cascabel que con su sonido anunciara a los transeuntes su presencia, dándoles oportunidad para que se alejaran a tiempo y no fueran infectados. El leproso era considerado civilmente como muerto. La propiedad pasaba a sus herederos; la mujer quedaba libre para contraer matrimonio y cuando iba a partir para el lazareto, se le hacían rezos y hasta se le arrojaba una pala de tierra detrás de él, para hacer la ceremonia completa.

Todavía las condiciones en que se encuentra la Colonia de Leprosos en Puerto Rico son peores, porque si bien eran perseguidos en aquella época los que sufrían aquella enfermedad, podían sinembargo moverse en extensión más grande de terreno y podían comunicarse con el mundo externo y solicitar y recibir auxilios, en caso de emergencia "un ciclón" por ejemplo, mientras que aquí, en tales casos quedarían abandonados a la merced de Dios.

Hay otro asunto moral de gran importancia para el departamento de Sanidad y para la sociedad, que debe tocar el Comité y es, que, el practicante encargado de velar por estos enfermos y por el orden y

disciplina en la Colonia, no puede, aunque se sobran sus esfuerzos, él solo, especialmente de noche, evitar que se comuniquen clandestinamente los leprosos y leprosas y pudiera darse el caso de que se convirtiera la Colonia en una mancebía, dada sus actitudes para la conservación de la especie y si la teoría de la herencia se cumpliese en esta enfermedad, resultaría que estaríamos contribuyendo de un modo contrario a nuestros esfuerzos, a perpetu r la raza de leprosos.

A consecuencia de las emanaciones del mar y a la gran cantidad de cloduro de sodio que constantemente satura el ambiente en aquella Isla, pudiera suceder que actuando sobre la úlcera de la piel y las mucosas como agente electrolítico y dialítico, agravara la dolencia de aquellos, impidiendo la cicatrización de las úlceras. Esta idea nueva puede que merezca estudiarse.

Por otro lado, los medios de comunicación con esa Isla no solo son malos, sino peligrosos para la vida de los que se exponen a viajar en pequeñas embarcaciones a través de un brazo de mar, siempre agitado y bravío, donde han perecido algunas personas, entre ellas un empleado de este departamento, por lo que se hace imposible encontrar un médico dispuesto a visitar diariamente aquel sitio, como es de desearse, si queremos como debemos, atender a los leprosos de una manera eficiente.

La lepra es producida por un bacilo descubierto por Amur Hansen en el año 1874; el bacilo es parecido al de la tuberculosis aunque se diferencia por su coloración más rápida, por su agrupación y número y por su cultivo artificial. La forma y modo de comunicarse la enfermedad nos es desconocida en absoluto; el bacilo de la lepra se encuentra en todas las lesiones del enfermo; los nódulos de la piel, la membrana mucosa de la nariz, en el bazo, hígado y en todos los órganos. En el tipo anestésico, el bacilo se encuentra en las celdillas de la médula espinal, en el cerebro y en los nervios periféricos.

Puede encontrarse en la sangre, en el estado agudo y eruptivo de la enfermedad, en los corpúsculos blancos de la sangre, en el tejido endotelial.

El bacilo de la lepra generalmente aparece en la orina y en la escreta; este bacilo puede escaparse de cualquiera de estas lesiones en el proceso de supuración o de ulceración en gran número.

Hay grandes dudas acerca de la vía de entrada del bacilo de lepra en el cuerpo humano y no se sabe si por las heridas de la piel, por las mucosas de la nariz y garganta, por el sistema digestivo o génito urinario. Se puede asegurar definitivamente que no es debido a las comidas de ciertas clases de alimentos ni de pescados. Ha habido creencia de que los parásitos e insectos han tomado una parte

importante en la transmisión de la lepra, pero no ha habido pruebas conclusivas de esta teoría. Lo que sí se sabe con seguridad, es que la lepra prevalece donde existen condiciones poco higiénicas, no solamente personales, sino domésticas; donde hay falta de limpieza, en sitios poco espaciosos, ocupados por excesivo número de personas, en contacto con casos crónicos; y que se transmite del enfermo al sano con gran dificultad y en condiciones especiales desconocidas, como lo comprueba el hecho de que los dos enfermeros que atienden a los leprosos están sanos todavía, después de quince años de íntimo contacto con ellos.

Con la civilización, la lepra gradualmente ha ido desapareciendo de los paises de Europa, con excepción de España, Italia, Grecia, Turquía y Noruega, debido a la hospitalización de los enfermos y a la inspección cuidadosa de los sospechosos de sufrir esta enfermedad.

En los Estados Unidos, la lepra existe desde la revolución y se sostienen hospitales para leprosos en sitios adecuados y en condiciones higiénicas en las ciudades de San Francisco, New York, New Orleans y en el Estado de Florida.

Los medios de evitar la propagación son los siguientes: aislamiento, hospitalización del enfermo, cuidado de los Exudados y objetos infectados; limpieza personal, medio ambiente favorable; uso exclusivo por el enfermo de sus utensilios, tales como toallas, platos de comer, vasos, jabón, peinilla, etc. etc.

La leprosería debe poséer todas las comodidades y adelantos modernos para el cuidado y tratamiento de la enfermedad y para mantener a los enfermos en buen estado físico y moral.

La lepra no es por concepto alguno invariablemente fatal y debemos organizar los asilos de leprosos a la base de los Sanatorios modernos de tuberculosis, de modo que puedan ser atendidos y educados de igual modo que se hace con los tuberculosos.

Por lo tanto, y como resultado de nuestra investig ción, recomendamos que se solicite de la Legislatura, por conducto del Honorable Comisionado de Sanidad, el traslado de la Colonia de Leprosos a la Isla de Puerto Rico, en un sitio adecuado, donde se instale un Sanatorio moderno para leprosos para ser tratados de acuerdo con los preceptos de sanidad moderna y con los medios que la terapéutica nos ofrece, asi como estudiar e investigar de un modo científico esta enfermedad, que si existe no sabemos cómo se trasmite, ni tenemos remedio eficaz para su curación Pudiera suceder que con el trabajo constante y la fe puesta en Dios, consigamos sorprender al mundo con un descubrimiento de gran utilidad para la Humanidad.

NECROLOGIA

Dr. Ramón Guiteras

El Dr. Ramón Guiteras falleció en el Hospital Francés en la ciudad de New York el 13 de Diciembre de 1917.

Ramón Guiteras, como sus amigos le llamábamos, nació en Bristol, Rhode Island, en 1858. El padre del Dr. Guiteras era cubano, su madre americana. El Dr. Guiteras era cirujano de fama mundial. En los Estados Unidos los profesionales médicos le reconocían como uno de los adelantados en la moderna cirugía. En los últimos años formó parte en las asociaciones médicas del país. Era director y cirujano operador del Hospital Francés de New York. Fué profesor de cirugía del colegio para médicos graduados en la ciudad de New York. Cirujano del Hospital Italiano de dicha ciudad. Fué comisionado hace un año, por el Presidente Wilson para estudiar en Cuba, los sentimientos de aquel pueblo en relación con la Guerra Europea.

Desde el principio de la guerra, el Dr. Guiteras hizo varios viajes a Europa relacionados con la cirugía de la guerra. El Dr. Guiteras se graduó en la Universidad de Harvard. Fué secretario por muchos años del congreso médico panamericano. Autor de dos obras de cirugía, una de ellas ha sido traducida a varios idiomas. La cirugía pierde con el fallecimiento del Dr. Guiteras, una de sus reconocidas capacidades.

La Asociación Médica de Puerto Rico lamenta la pérdida de tan ilustrado cirujano y se une al duelo de sus numerosos amigos médicos que tenía en Puerto Rico.

Dr. Tomás Vázquez

Registramos en nuestras columnas la muerte del Dr. Tomás Vázquez, ocurrida durante el mes último, después de una penosa y larga enfermedad.

Fué un carácter; como ciudadano mereció el respeto de todos, por la energía conque sostuvo sus ideas liberales, aún a riesgo de su seguridad personal, en épocas difíciles para la vida política de nuestro país. Como médico deja una reputación bien sentada, tanto desde el punto de vista de sus sólidos y vastos conocimientos en el arte de curar, como por su altruismo en el ejercicio de la profesión. Para el Dr. Vázquez, antes de su propia comodidad y del interés monetario, sostuvo siempre su devoción al enfermo y a la ciencia. Fué un miembro consecuente de la Asociación Médica de Puerto Rico, y de la Academia de Medicina. Al morir ha dejado en la sociedad portorriqueña un recuerdo digno de respeto.

Enviamos a su señora viuda la expresión de nuestra condolencia.

ROLL DE HONOR

Nuevos médicos de Puerto Rico que han ingresado en el Cuerpo Médico del Ejército de los Estados Unidos después de la guerra.

Félix García de la Torre.................Mayagüez
MANUEL FERNANDEZ NATER*...........San Juan
FRANCISCO DE JESUS*.......................Ponce
José Rivas.................................Caguas
SALVADOR GUILIANI*....................San Juan
Miguel Mariani................................Yauco
José Loyola..................................Patillas
Manuel Arbona.................................
Federico Trillas...............................
Luis Ramón Rodríguez......................Bayamón
Braulio Dueño.................................Añasco
José F. González..............................
Luis F. González...........................Utuado
Pascual Rivera..........................San Germán
Juan Bajanda...............................Naguabo
John F. Morse..............................Ensenada
L. C. BACOCK*............................San Juan
A. Meherhof...............................Guayama
L. de la Rosa..............................San Juan
J, Rigau.....................................Caguas
Jaime Figueras.............................San Juan
José B. Gotay................................Ponce
J. M. Pressly...............................Vieques
Juan R. Laugler............................San Juan
ALFREDO SALIVA*.......................Río Piedras
Ramón Sifre...................................
Manuel Díaz García.......................San Juan
ARTURO ARCHÉ*...........................San Juan

(*) *Miembro de la Asociación Medica de Puerto Rico.*



ROLL DE HONOR

Desde este número empezamos a publicar el nombre de los médicos de Puerto Rico que han ingresado en el cuerpo médico del ejército después de la guerra, todos los cuales han abandonado voluntariamente las dulzuras del hogar y muchos una buena clientela o posición remunerada. por acudir al cumplimiento del deber.

La lista de honor la encabezamos siguiendo el orden de tiempo en que han sido llamados al servicio los compañeros cuyos nombres figuran a continuación a los cuales enviamos nuestro caluroso aplauso.

Román Benítez, Ceiba; Agustín R. Laugier, San Juan; Agustín Font, San Juan; W. H. Lippitt, San Juan; Alberto García de Quevedo, Cidra; Pedro Gutiérrez Igaravidez, San Juan; Luis García de Quevedo, Caguas; Walter A. Glines, San Juan; Pedro Ramos Casellas, San Juan; José Ferrer, San Juan; Ricardo Mestre Caparró, Mayagüez; Francisco Mejías, San Lorenzo; Fernando Janer, Patillas; Domingo A. Crescioni, Comerío.



BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PTO. RICO
ORGANO OFICIAL

PUBLICADO TRIMESTRALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XV JUNIO 1918 NUMERO 119

AEROTERAPIA POR MEDIO DEL AUTOMOVIL

Dr. F. del Valle Atiles.

Le «Societé de Therapeutique», da cuenta de un tratamiento de la coqueluche por medio del automóvil, que, a juzgar por el éxi- obtenido en los casos, pocos hasta ahora en que se ha ensayado, promete figurar entre los más eficaces de los muchos remedios recomendados para ésa, a veces rebelde enfermedad.

La aplicación de una gran cantidad de aire, bajo ciertas condiciones de rapidez y duración, utilizando para ello el automóvi, es una idea original que ha puesto en práctica el Dr. Challamel, quién preconiza este procedimiento para tratar la coqueluche.

Siete niños, comprendidos entre la edad de 3 y 9 años. han sido tratados por el autor; en todos ellos ha obtenido la curación dentro de periodos sumamente cortos. En un caso en 2 días; en dos casos al cabo de 4 días, y en el que tardó más tiempo en sanar un mes; pero habiéndose notado desde el principio del tratamiento una notable mejoría inmediata.

El procedimiento debe sujetarse a ciertas reglas tales como:

Escoger un buen día.

Colocar al niño en el automóvil descubierto, con la cara vuelta hacia adelante.

Abrigar muy bien a los enfermitos

Además los niños no deben ofrecer complicación en su enfermedad.

La velocidad de la carrera y la duración de ésta deben graduarse según las circunstancias.

Por lo que dice el corto informe que acerca de éste tratamiento tenemos y que reproduce el «Monitor Terapeútico», en cinco niños el resultado satisfactorio fué obtenido, después de una sola carrera de 100 a 150 Kilómetros, y en los otros dos al cabo de cinco o seis carreras de una hora.

El Dr. Challarnel crée que el aumento de presión intra-pulmonar momentáneo, determinado por la velocidad del movimiento explica el mecanismo de esta acción medicinal.

Sabemos que los efectos fisiológicos de un aumento de presión atmosférica se deben a la mayor cantidad de los gases de la atmósfera que van a la sangre, nitrógeno especialmente, y también a un aumento en la absorción química del oxígeno, por las células rojas de la eangre.

Sin negar el papel que ejerza en el caso la presión, nos parece que además el factor aeración ha de influir poderosamente en el éxito del tratamiento. La moción del aire a consecuencia de la carrera del automóvil, produce sus dos bien conocidos efectos favorables; la renovación del aire y la remoción del aire impuro; y es sabido que muchos de los beneficios que obtenemos de ir en coche, de los abanicos y de las mecedoras, etc., se deben a la moción del aire, así producida.

De modo, pues, que a la presión determinada por la carrera, se añade la renovación de aire, más rápida que de ordinario, en las vías respiratorias del enfermito.

Conocemos bastantes hechos acerca de la coqueluche para que nos entusiasmemos demasiado con un solo medio de tratamiento; pero la existencia de un bacilo como causa de la enfermedad, y su posible situación revelada por su presencia en el moco expelido por los enfermos, han llevado antes de ahora a los prácticos a intentar un tratamiento local de la enfermedad; que destruyera *in loco* el gérmen y de aquí el uso de las insuflaciones de ciertos polvos en la nariz, de las aplicaciones locales en la laringe y de las inhalaciones de varias substancias medicamentosas.

¿El tratamiento nuevo debe figurar entre los locales o generales? sotros creemos que participa de ambos caracteres. Posiblemente la velocidad de la carrera hace que el aire llegue hasta aquellos sitios elegidos por el bacilo para su multiplicación, la cual es entorpecida por esta invasión continua y rápida de aire renovado y a una presión mayor de la ordinaria.

Y es claro que el aumento de los movimientos respiratorios a que obliga este exceso de presión artificial, trae necesariamente una oxidación mayor y por lo tanto un aumento en la cantidad de glóbulos rojos, circunstancia favorable para la tonificación del organismo en general y por lo tanto para el aumento del poder fagoticida.

No a otro propósito obedecen las medidas generales del tratamiento de la coqueluche. Siempre se ha recomendado para su curación el aire fresco como agente muy importante, especialmente durante los ataques de tos convulsiva para acortarlos, y la estancia al aire libre de los enfermitos como un medio de disminuir los ataques y la duración de la enfermedad.

El tratamiento del Dr. Challamel viene a aumentar el arsenal te-

tapeútico, no ciertamente en cuanto al agente aeración, sino en cuanto al procedimiento empleado, que, por su facilidad, merece ser ensayado.

Así como la estancia en el aire libre de los niños con coqueluche, no puede dejarse de vigilar y ha de restringirse en casos dados, así también sucede con el tratamiento por medio del automóvil. Es el médico quien debe prescribirlo, a él corresponde hacerlo, porque ha de tener en cuenta las condiclones del sistema respiratorio y el estado general del enfermito antes de ordenarlo, y, además, vigilar los efectos del tratamiento.

Sin atribuirle al método de aeracíón rápida v prolongada por medio del automóvil, una eficacia absoluta, nos parece que debe ensayarse tanto porque la acción mecánica de la presión pudiera, como en el tratamiento del asma, jugar un papel principal, cuanto porque la saturación más perfecta de la hemo-globulina se opone a la anemia, consiguiente a todas las infecciones. Como dice Bonchard y a propcsitó de la cura al aire de los tuberculosos, "La aeración no es saludable porque el oxígeno mata los microbrios, sino porque la aeración hace vivir al hombre con mayor intensidad."

ALGO SOBRE LA LEPRA (1)

Dr. M. Martínez Rosellò

SEÑORES:—

Desde que Armauer Hansen descubrió el Baccilus leprae, hubo necesariamente de variarse el concepto médico respecto a la herencia y tratamiento de la lepra. Desde entonces incita al estudio todo cuanto se afirme en oposición a las leyes fijas que rigen los procesos de contagio y herencia en las enfermedades producidas por parásitos perfectamente demostrado, como lo es el de la enfermedad de que voy a ocuparme.

"Hoy hay definida precisión en nuestras ideas respecto a los importantes sujetos de herencia y contagio de la lepra", dice Manson, en su obra "Enfermedades Tropicales" Si el germen de la lepra es innegable, no es posible admitir su generación expontánea en el organismo humano. Ningún organismo, por elemental que sea, puede originarse así. Hay dos únicos medios para que él ingrese en nuestra economía a saber: por vía de la herencia o por vía del contagio.

(1) Conferencia leída en la ASOCIACIÓN MÉDICA del Distrito Norte en la noche del 5 de abril de 1918.

Veámos qué importancia tienen estos dos caminos de adquisición de la enfermedad. Antes del descubrimiento del bacilo pudo admitirse que la enfermedad fuera hereditaria. Se basaba esta idea en el hecho de verla aparecer en varios individuos pertenecientes a una misma familia. La herencia, en este caso, a la luz de los conocimientos actuales, no puede considerarse, a lo sumo, sino como elemento predispodente, al igual que en la tuberculosis. Pero, aún así, con toda seguridad que, sinó actúa sobre un predispuesto el bacilo de la lepra, éste no puede convertirse en leproso. Sólo en este sentido puede admitirse la teoría de la herencia, que, a la hora presente, cuenta con muy escasos partidarios. «En el sentido científico de la palabra hereditaria no puede admitirse», dice en su página 556 la obra ya citada y añade el mismo autor: Si es verdad que la infección del óvulo por el germen de la lepra es posible, los casos de este género son muy raros. Pocos son los niños que han nacido leprosos. En cambio son muchos los descendientes directos y laterales que han contraído la enfermedad por la vida en común con los enfermos: expuestos a las mismas malas condiciones higiénicas y rodeados de gérmenes patológicos. Por lo menos la herencia no se cumple por nada fatal e ineludible: de un núcleo de 160 noruegos leprosos que vinieron a América ninguno de sus descendietes resultó leproso (observación hecha por Hansen en 1888.) Por el contrario se ha visto que niños leprosos han hecho leprosos a sus padres, y se ha observado, también, que descendientes de padres saludables, procedentes de países en que no se han visto casos de lepra, la adquieren cuando se trasladan a países en que esta enfermedad existe y dichos individuos se ponen en contacto con los que la padecen.

Dielafoy, al tratar de la etiología de la lepra, y de definirla como una enfermedad infeccciosa causada por un bacilo especial, afirma que, además del contagio, la herencia se invoca también oomo uno de los agentes de propagación del microbio, y, aunque al referirse a la herencia consigna: que «cerca de una tercera parte de leprosos son descendientes de leprosos»; añade: «pero es difícil probar que el individuo no ha sido infectado en la infancia por contacto con los padres.» La trasmisión (insiste) puede hacerse de la madre al feto, lo mismo en la lepra que en la tuberculosis; pero se trata entonces de "una simple contaminación directa". «La herencia es pues *posible;* pero el contagio es *ciertamente* la causa ordinaria de la enfermedad.»

Estas apreciaciones son decisivas expuestas por una tan relevante autoridad en patología: La herencia es *posible* dice, el contagio es *ciertamente* la causa de la enfermedad.

Otro médico francés, distinguidísimo higienista, el Dr. Proust, dice, en el tomo 1º de su tratado de higiene: El influjo de la herencia suele ser mas aparente que real. Siempre que se estudie la lepra en las regiones en que no es endémica no se observan mas que *excepcionalmente* casos atribuibles a la herencia. En los casos de lepra familiar, en los que puede invocarse el influjo de la herencia directa, se comprueba, a veces, que han sido atacados los hijos antes que los padres. En otros demuestra la época de la aparición de la enfermedad en los padres, que habían sido concebidos los hijos cuando estaban absolutamente sanos aquellos. En refuerzo de estas consideraciones, acerca de la herencia, escribe Proust, en las primeras líneas del capítulo que a la lepra dedica, esta concluyente afirmación: la lepra es una enfermedad *contagiosa*.

Aunque no era muy decidido partidario del contagio, en lo que se refiere a la lepra, el Dr. Ciné y Partagas, imbuido, en la epoca en que escribió, 1880, por los trabajos de Danielsen y Boeck: eficazmente secundados por Virchow, Steinder, Hebra y otros, no dejaba sinembargo de reconocer «que el infujo de la herencia *no estaba definitivamente* averiguado» con respecto a dicha enfermedad.

Mas concluyente se muestra Resenau en su obra «Medicina Preventiva e Higiene» cuando dice: La lepra fué primitivamente considerada como una de las infecciones hereditarias. La lepra *no es trasmitida*. El hijo de leprosos, nacido fuera de los distritos de lepra; en Inglaterra o los Estados Unidos, por ejemplo; *nunca la heredó*. La enfermedad es contraida después del nacimiento, como la tuberculosis y otras enfermedades micróbicas son contraidas. No hay evidencia de que la lepra sea hereditaria. Los niños de padres leprosos no contraen fatalmente la enfermedad, si a tiempo se les separa de ellos. La ocurrencia ds muchos casos en una misma familia es indudablemente debido a *contacto*. Y escribe la palabra CONTACTO entre comillas, como para fijar mejor el alcance de su aseveración.

En la notabílisima obra de Mc. Farland, «Bacterias Patógenas y Protozoarios», publicada en 1914, y en el capítulo «Infección» se leé: Todos los animales normales nacen libres de microorganismos parásitos. La placenta, por lo regular, constituye una barrera al través de la cual los agentes infecciosos atraviesan con dificultad. Y, aun cuando después de esta rotunda afirmación habla de microorganismos patógenos, que, como el de la sífilis y el de la viruela se han hallado en la forma congénita, no menciona al bacilo de la lepra entre los que pueden atravesar la placenta. Bien es verdad, por otra parte, que el bacilo de la lepra tiene un poder de penetración muy débil. En su profunda convicción respecto a tal punto llega este au-

toı a sentar esta conclusión: La enfermedad *no es hereditaria*, así, no hay motivo para que los leprosos no puedan casarse entre sí. Los niños, sinembargo se separarán de los padres, para que no sean consecuentemente infectados.

Hombres, con muy profunda experiencia, dice Osler *nunca* han visto un reciennacido leproso.

No son solamente las autoridades médicas, individualmente, las que se manifiestan contrarias a la idea de la herencia como elemento patológico de la lepra, que lo son también corporaciones notabilísimas, en las que figuran los mas preclaros investigadores sobre esta materia: El Congreso de lepra, celebrado en Berlín, se manifestó decididamente contra la creencia de que la lepra sea hereditaria, como se tuvo por largos años.

La Comisión de la India Inglesa para el estudio de la lepra sentó las siguientes conclusiones:

1ª—La lepra es una enfermedad *sui generis*, y nó manifestación de sífilis o tuberculósis

2ª—NO ES HEREDITARIA.

3º—Puede ser considerada como contagiosa e inoculable.

4º—El modo de trasmisión es desconocido.

Se vé, pues, que en la segunda conclusión queda claramente determinado que la lepra *no es hereditaria*.

Muy importantes datos sobre ésto pueden entresacarse de la estadística formada por Denney en la Leprosería de Culien, en las Islas Filipinas; estadística que tiene el aliciente de ser producto de un estudio minucioso en el establecimiento de leprosos tal vez mas importante del mundo, por el número crecido de enfermos que han podido ser observados allí, por lo reciente de las observaciones y por los comentarios que hace Denney, bajo la luz de las adquisiciones científicas mas modernas, puesto que su trabajo está fechado el 29 de Diciembre de 1917. Oswald E. Denney, después de haber recogido datos de 10,000 pacientes, afirma: que un 29% de los leprosos recogidos en Culien han dado una historia *definida* de previo contacto con un pariente leproso, por lo menos. Este percentaje excluye un largo margen de error, dado que ocurre frecuentemente que los leprosos, a su admisión, niegan la historia del contacto familiar. Meses, o años mas tarde, un hermano, una hermana, un primo o algun otro pariente llega como leproso, sin que se hubiera sospechado en él la existencia de la enfermedad, cuando fué aislado el primer familiar leproso. El estudio de la herencia, hecho en los datos estadísticos de dicha leprosería dá por resultado que de los 357 niños registrados como nacidos en Culien de padres leprosos, en los diez

años que cuenta la segregación en las Filipinas, 37 fueron alejados de la leprosería, después de haber sido examinados clínica y bacteriologicamente y de no haber sido considerados como leprosos. Uno solo de ellos retornó ataca o de la enfermedad a los cuatro años. Y en cambio los niños que permanecieron en el leprosario han dado un percentaje de un 10-4% de atacados.

Admitiendo, dice Denney, en sus comentarios a la estadística, que el B. leprae de Hansen, o el Microbacterium leprae, es el agente causal de la enfermedad, y que ningun organismo se genera expontaneamente, la conclusión debe ser que la lepra se presenta en un individuo como resultado de la herencia o del contagio. Es conocido científicamente que ninguna enfermedad parasitaria puede ser hereditaria, aunque es posible la infección del ovulo o del espermatozoario, como lo es así mismo una predisposición hereditaria a la lepra. El hecho, sinembargo, de que un 71% de los leprosos, segregados en la colonia, proceden de familias en las cuales hubo un solo caso de lepra reconocido, y que solo una pequeña proporción del 29% restante representa contacto entre padre e hijo, tiende a confirmar la ya firme creencia de que la herencia juega un papel *insignificante* en la trasmisión de la lepra.

Por el contrario el contagio, deducido el estudio de los hechos, y explicado por las adquisiciones de la medicina, ha sido tenido siempre come el mas poderoso elemento de trasmisión, en lo que a esta enfermedad refiere. Europa estaba indemne de lepra antes de que los Cruzados la llevarán de Oriente. En las islas Hawaii no se conocía la lepra antes de 1859. Se propagó allí tan rapidamente que alcanzó en pocos años la cifra de 5000 leprosos. En la Nueva Caledonia su rápida propagación al traves de la Isla pudo ser y ha sido trazada paso a paso. El primer caso de lepra en las islas de la Lealtad fué visto en el 1882; y ya en 1888; solamente en una de las islas, la de Mare; se contaban 70 leprosos. En 1860 una muchacha que siempre había vivino en Holtstershot, donde no existían leprosos, casó y fué a vivir a Tarswast con su suegra que estaba leprosa. Ella permaneció saludable; pero sus tres hijos se hicieron leprosos, asi como también su he mana mas joven que fué de temporada a Tarswast y dormia con los niños. La lepra se le desarrolló a esta después de su regreso a Holtsfershot. Un hombre de 52 años que casó con la mas joven de las hermanas contrajo la lepra, también un su pariente de 36 años, sastre, que frecuentaba la casa, y su esposa, que vinieron de un lugar donde no había lepra. El Dr. Hawtrey Benson presentó en 1872 a la Sociedad de Medicina de Doublin un leproso irlandés que se había contagiado en las Antillas. A su vuel-

ta, a Irlanda él dormía en la misma cama con su hermano, quien ademas, usaba algunas veces la ropa del leproso. Pasado algun tiempo, el hermano, que nunca había salido del Reino Unido, se volvió leproso y fué presentado a la misma Sociedad Médica en 1877. Comentando este hecho dice Manson; Si está probado que la lepra se comunica por *contagio* en un caso, las probabilidades son de que *es así* como se adquiere en todos los casos.

Abundan en esta misma opinión los mejores tratadistas de lepra, que en su mayoría creen que tal enfermedad se propaga por *contagio* y *solo por contagio.* En paises, vírgenes de la lepra, esta aparece con el ingreso de un leproso; se esparce primero entre los familiares y los que habitan en la misma casa; se irradia a la vecindad, y así va extendiendo su área de acción y multiplicándose los casos.

De la cuidadosa observación de estos hechos nacieron, desde las primeras invasiones de la lepra en Europa, las medidas restrictivas para impedir la diseminación, las cuales voy a citar, porqué constituyen un argumento histórico en pró de la contagiosidad: Así los decretos de Pipine el Breve y el de Carlo Magno, y el Codigo Lombardo prescribiendo su secuestración y autorizando, este último, el divorcio, cuando encontraba afecto de la enfermedad alguno de los casados. Así la orden de San Lázaro que fué creada para el servicio de leprosos y las severas medidas que se dictaron contra estos desgraciados, medidas principalmente de aislamiento, el cual, según la expresión de un gran Patólogo, «salvó la Europa del contagio». A tal punto llegaron a ser eficaces estas medidas, *comprobatorias* de la *expansibilidad* de la lepra, que en alguno de los paises fuertemente invadidos, pudo verse desaparecer, como se ha visto, después, reaparecer en ellos, con caracteres alarmantes, siempre que se han dado al olvido las medidas profilácticas contra ella.

Arguirán los opositores a la teoría del contagio que contra esas prácticas clama el hecho de que no se dá, sinó rara vez, el caso de que los médicos, los asistentes y las nurses de una leproseria salgan atacados de la enfermedad. Pero hay que tener en cuenta que, sinó se reunen todas las condiciones que para su difusión son propias a cada enfermedad contagiosa, el contagio no puede verificarse. La lepra es una de las enfermedades en que con mayor rareza se encuentran reunidas y actuando de consuno todas las condiciones favorables a la propagación. Probablemente es el intimo contacto una de estas condiciones. La fase en que la enfermedad se encuentre, la forma de la misma, las características fisiológicas del receptor del germen son otras de las condiciones. Las buenas prácticas higiénicas que se observan en las leproserias y las precauciones racionales

que toman los empleados en ellas, les pone, la mayor parte de veces, al abrigo del contagio. Con todo, no lo evitan siempre, por desgracia. Ejemplos hay de ello: el Hermano Damien, en Molokay; el Hermano Bogliole en New Orleans; George Turner, en Pretoria: la Srta. Mary Reed en la India han sido víctimas del contagio en establecimientos para leprosos. Y el alto percentaje de lavanderas, entre los leprosos indica como el contagio es tanto mas efectivo cuanto que sea mas completo, prolongado e íntimo el contacto con leprosos, sus ropas o los demas objetos de su uso. No es razón para negar tampoco el contagio de los que han estado en contacto con leprosos porqué no se vean en ellos los efectos de la infección de un modo inmediato, pues se sabe cuán largo puede ser el período de incubación de la lepra. Danielssen menciona uno cuya incubación duró diez años; Leloir otro de catorce años; y Hoeg otro de 27 años. Esto nos dicen los hechos respecto al contagio de la lepra. Los autores mas distinguidos en las ciencias médicas también nos lo afirman. El descubrimiento del bacilo por Hensen es según la expresión de Proust: «un argumento irrefutable a la doctrina del contagio». No ha hecho luego, añade, el estudio de las epidemias contemporáneas mas que confirmar la existencia de este modo de trasmisión. Rosenau asegura que «la lepra es una enfermedad *contagiosa* en el sentido de que ella es siempre probablemente trasmitida directamente del enfermo al sano, aunque *prolongada* e *íntima* asociación con un leproso ordinariamente parece necesaria para contraer la infección. Al llegar Mc Farland a escribir sus ultimas palabras en el capítulo que dedica a la lepra dice: aunque no tan contagiosa como la tuberculosis, está probado que la lepra es trasmisible y debe considerarse como una precaución sanitaria especial que los leprosos sean segregados y que se junten lo menos posible con las personas sanas. Es suficiente para los fines de la prevención práctica conocer que la lepra es esparcida *principalmente* por contacto directo y tal vez por contacto indirecto *ocasionalmente* con personas que se hallen sufriendo de la enfermedad. En una ocasión en el Norte de Alemania una sola niña, directa e indirectamente, infectó a 28 personas. En el «Tratado práctico de medicina y cirujía modernas«, en el tomo 3º dedicado a las «Enfermedades de la piel», hay esta afirmación: «la lepra es *contagiosa* no *hereditaria*.» Se vé, pues, que interpretando logicamente los hechos, y basándose en el descubrimiento del bacilo, como en las leyes que rigen el esparcimiento de las enfermedades infeccicsas, consideran estos autores como *contagiosa* la lepra, sea por modo directo, sea indirectamente y se afirman en ello, aun cuando todavía falta por ave–

riguar la vía del contagio, el mecanismo de la infección que con tanta asiduidad se investiga al presente.

Todos ellos están contextes en que, siendo enfermedad trasmisible, la mas importante medida administrativa para combatirla es la segregación de los infectados, en colonias o asilos apropósito, complementando esta medida con el mas adecuado tratamiento.

Por desgracia casi no podemos hacer mención siquiera de los medicamentos y procedimientos empíricos generalmente empleados, hasta ahora en el tratamiento de la lepra, Hoy por hoy, solo hay para el infelíz enfermo casi los mismos medios que, con alguna ventaja, se emplean para los tuberculosos: aire, luz apropiada, descanso, alimentación. Y, a falta de medios terapéuticos, científicamente razonables, éste es lo mas piadoso. Mucha higiene, mucha limpieza, repetidos baños, cambio frecuente de ropas, moderado trabajo bajo la acción de la luz natural suave; según la forma y periodo en que la enfermedad se encuentre y resguardo del tiempo desapacible. Se ha visto que muchos leprosos colocados en buenas condiciones higiénicas mejoran notablemente: europeos que han contraido la enfermedad en los trópicos han visto disminuirse sus sintomas tan pronto se han colocado bajo la acción del clima de su país, mas suave; y se han alimentado mas confortablemente.

Lo que en la terapéutica de la lepra significa un verdadero esfuerzo científico es el procedimiento del profesor Deycke, bajo el nombre de Tratamiento por el Nastine. Dicho Profesor obtuvo de un caso de lepra nodular una peculiar bacteria ácido-resistente (Stroptrix lepreides) semejante en muchos respectos al B. leprae, pero diferenciándose de este último en que puede ser facilmente cultivado. En leche desnatada forma una brillante película de color rojo anaranjado, que, en digestión con eter, produce unn sustancia grasa, (Nastine) de definido carácter químico. Inyecciones de nastine puro en solucion de aceite determinan en algunos leprosos reaccion inflamatoria, de varios grados de intensidad, que puede llegar a ser violenta, en otros leprosos no produce tanta reacción. Concurrentemente con tal reacción, hay marcada bacteriolisis y desaparición del B. leprae, como se evidencia por la pérdida de su reacción al tinte, y desintegración. Muchos pacientes tratados por este método mejoraron, algunos curaron aparentemente, pero la incertidumbre acerca de si la reacción, en un caso dado, siendo de carácter tan violenta, pudiera amenazar la vida, impuso limitaciones a su uso general. Habiendo encontrado Deycke que el cloruro de benzoilo, removiendo el contenido de su cubierta grasa, rapidamente privaba al B. tuberculoso de su poder ácido-resistente, vino a la conclusion de que esta sustancia podia

actuar de modo semejante sobre el B. de la lepra, y habiendo observado, también, que el cloruro de benzoilo es inócuo, tuvo la idea de que, cambiándolo con el nastine, la eficacia terapéutica de éste podia ser tan aumentada que permitiera usarlo en pequeñas dósis para evitar las reacciones violentas. Los experimentos confirmaron sus esperanzas y, aunque el cloruro de benzoilo, administrado solo, no tiene ninguna acción terapéutica en la lepra, usado en apropiada combinación con nastine, en un gran número de casos, aunque nó en todos, los resultados son altamente satisfactorios. El bacilo, mas lenta o mas rápidamente desaparece. Según las proporciones entre el nastine y el cloruro de benzoilo, y de estas sustancias con el aceite, el Dr. Deycke clasifica su solución en: Nastine B^{o}, Nastine B^{1}, Nastine B^{2}. Todas ellas, si están debidamente aplicadas las inyecciones, no dán lugar a reacción alguna. Una inyección por semana es suficiente, aunque se debe perseverar por meses y años, aplicando las inyecciones con el intervalo de un mes o dos, según las circunstancias. Los informes obtenidos de la Guayana inglesa, donde sistematicamente se ha seguido este tratamiento, hablan muy elocuentemente a su favor; y así mismo otros de la India y Nueva Zelandia.

Carrasquilla, inyectando suero de caballo, tratado por sangre de leproso ha visto mejorar a los enfermos.

Laverde ha obtenido resultados semejantes empleando el suero de macho cabrío, tratado por inyecciones de lepromas humanos triturados y tamizados. Metchnikoff ha aplicado su método basado en la existencia de las *citotoxinas* al tratamiento de la lepra. En el hospital San Luis, en el que hizo sus primeros ensayos, aplicó suero hemolítico a varios leprosos. Como las dosis fueron débiles, no produjeron otro efecto que el aumento de la hematopoyesis y el acrecentimiento de la hemoglobina: fueron dosis estimulantes, mas que disolventes. No resúltó, por tanto, el tratamiento de Metchnikoff mas satisfactorio que el de Carrasquilla y Laverde pero Metchnikoff esperó alcanzar mejores resultados empleando un suero leucocitico en lugar de un suero hemolítico. «No es temerario afirmar, concluye Dielafoy, que la aplicación de débiles dósis de *citotoxinas* contra las afecciones de diversos órganos pueda traer una orientación nueva para la terapéutica».

Rost prepara culturas masivas de bacilos. Las filtra a través de bujias de porcelana; las concentra al décimo de su volumen; mezcla, después, el filtrado con un volumen igual de glicerina y deja preparada así la leprosina, con ella se ha tratado a los leprosos en Raggoon, Burmah. Muchos han mejorado ostensiblemente, algunos, parece, se han curado. Hasta ahora, dice Mc. Farland, es el método que dá

mas esperanzas de los que se han dado a conocer, por mas que es de desear que otros confirmen los experimentos y por más que es prematuro todavía juzgar los méritos del tratamiento.

Se vé, pues, que aunqué no de una absoluta eficacia, hay propósitos laudables en la medicina, debidamente orientados, para la adquisición de un medio terapéutico para combatir la lepra.

Al presente está perfectamente justificado, por lo que los hechos revelan y el parecer de los mejores autores aconseja, el aislamiento de los leprosos, en especial de aquellos que padezcan la enfermedad en una de las formas mas contagiosas, o estén en uno de los periodos mas peligrosos para los que rodeen al enfermo.

Bien ha hecho, pues, la Asociación Médica al tomar, en noches pasadas, un acuerdo, oída que fué la brillante conferencia del Dr. Díaz, para que una Comisión de su seno se avistase con el Gobernador en súplica de que aprobase la ley, pendiente, entonces, de su firma, relativa a la traslación de los leprosos recluidos en la Isla de Cabras.

Con ésto demostró la Asociación Médica de P. R. que acepta al presente la doctrina del contagio. De otro modo hubiera determinado ir, en nombre de la Ciencia y de la piedad, a solicitar del Gobernador, nó que trasladase a los leprosos, sinó que los libertase del que (a no ser contagiosa su enfermedad) resultaría un inhumano, injusto y caprichoso cautiverio.

Mucho celebraría yó, que se me demostrase plenamente la nó contagiosidad de la lepra (yá que la herencia no puede admitirse) para ser el primero en pedir, a esta respetable Asociación Médica, que aumentara sus glorias y acrecentase sus prestigios, trabajando ardorosamente ante el Gobierno por la libertad de esos desgraciados pacientes.



DEL DEBER QUE TIENE EL COMADRON DE PRACTICAR UN CUIDADOSO EXAMEN POST PARTUM DEL CANAL PARTURIENTO Y SU OBLIGACION INELUDIBLE DE REPARAR LAS DISLACERACIONES QUE EN EL OCURRAN. (1)

Dr. José S. Belaval, San Juan, P. R.

Distinguidos compañeros: Me parece que debo una explicación y casi una disculpa por presentarme ante esta ilustrada Asamblea a desarrollar el tema cuyo título acabo de leer; pero confío primero, en vuestra reconocida benevolencia, y segundo, en que todos los colegas que practican con frecuencia exámenes ginecológicos habrán observado como yo el número considerable de laceraciones perineales no corregidas, que se nos presentan tanto en nuestra práctica hospitalaria como en nuestra clientela particular, y como yo habrán oído también los lamentos de estas infelices mujeres que han pagado la maternidad con laceraciones mas o menos extensas de sus músculos perineales.

Hagamos memoria de los numerosos casos que en nuestra carrera hemos visto sufriendo malposiciones y prolapsos uterinos, rectoceles, cistoceles, con sus cistitis concomitantes, y sus evacuaciones involuntarias de orina y heces fecales que tanto atormentan a una mujer, recordemos además el número de inválidas y neuróticas que no reconocen otra etiología que estas mismas laceraciones cervicales y perineales, y nos convenceremos de que hay sobrada razón para tratar problema tan importante.

Es mi opinión particular que el 60 por ciento de las parturientas en Puerto Rico, sufren laceraciones más o menos extensas de su canal genital, y si bien algunas son inevitables y no podemos culpar al comadrón, hay sin embargo un buen número de ellas directamente imputables, a la negligencia de los médicos y familiares quienes confían sus parturientas a comadronas y curiosas; mujeres estas ignorantes en su gran mayoría de los conocimientos mas rudimentarios del arte de la obstetricia, y cuya práctica se limita a inducir a la pobre madre a redoblar sus esfuerzos, sin considerar ni tener en cuenta para nada los peligros de las rasgaduras perineales; ¿pero como exigir responsabilidades, a estas mujeres que nuestra ley admite a examen con un simple certificado de haber practicado con algún compañero mas o menos tiempo, sin exigirles siquiera, como se hace con las enfermeras, dos o tres años de práctica interna en alguna institución adecuada? ¿Cómo podemos pretender que tengan conocimientos que la ley no les

(1) Trabajo leído ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 22, y 23, 1917.

exigió al darles el derecho para dedicarse a una profesión de cuya práctica dependen en un momento dado la vida de dos seres humanos? Es ciertamente inconcebible y debemos trabajar porque se les instruya debidamente ya que son un mal necesario, que no continúe el bochornoso expectáculo de estas mujeres que se titúlan comadronas graduadas y apenas conocen los rudimentos de la asepsia y antisepsia, ni mucho menos, son capaces para reconocer cualquier complicación del parto tales como las laceraciones perineales; o si las reconocen, como no pueden apreciar la necesidad de repararlas, las ocultan a las enfermas y sus familiares, para no verse obligadas a llamar el médico temiendo que él pueda inculparlas de algún modo.

Desgraciadamente no debe extrañarnos que tan ignorantemente se conduzcan las comadronas, cuando yo he podido oir de labios de un compañero que él no se tomaba la molestia de suturar las laceraciones perineales porque ninguna cicatrizaba; pero Sres. todos sabemos cuan falso es este acerto, también sabemos que si bien no podemos ni debemos tildar a un comadrón de ignorante o negligente porque le ocurran rasgaduras perineales en algunos de sus partos, en cambio habríamos de criticarle severamente sino intentase por lo menos corregirlas a su debido tiempo. Por lo tanto creo sinceramente, que toda laceración perineal por insignificante que parezca debe ser corregida inmediatamente después del parto, porque, aún cuando por su extensión o profundidad ella no amenace la integridad del suelo pelviano, siempre constituyen una constante amenaza a la vida de nuestra enferma, siendo como lo es una puerta que dejamos abierta a la entrada de cualquier infección microbiana, y mantengo la opinión de que el comadrón que no lo hace, no cumple debidamente su deber como tal y se expone a la crítica justificada de sus compañeros.

He dicho que estas rasgaduras deben suturarse inmediatamente después del parto, y así lo creo práctico, a menos que alguna complicación de momento tal como una hemorragia lo impidiese o contraindicase: y lo hago así, porque mi experiencia me ha demostrado que cuando por algún motivo me he visto obligado a posponer las sutura de un periné, ésta enferma se ha quedado con su laceración sin suturar, porque al día siguiente cuando ya han pasado todos los dolores y penalidades del parto, que tan pacientemente sufre una mujer, es muy difícil convencer a nuestra enferma a que se someta a nuevos sufrimientos mucho mas cuanto que siempre hay alguna señora de edad avanzada y costumbres antigua, quien solícitamente aconsejara a nuestra enferma en contra de nuestra propia opinión, asegurándole que ella tuvo diez partos, en ninguno fué necesario suturarla y está tan fuerte como cuando joven, (sin perjuicio de que esta misma buena

señora en la habitación adjunta y de paso consulte al médico sobre una incontinencia de orina que sufre desde hace muchos años.)

Es indudable que por hábil que sea el comadrón, no le será dable evitar todas las laceraciones del periné en sus parturientas, muchas de ellas dependen de condiciones especiales inherentes a la madre o al feto, condiciones que el comadrón no puede prevenir ni evitar. Ahora bien, partiendo de esta base es sin embargo indiscutible que de la habilidad y práctica del partero dependerá en gran parte la integridad del suelo pelviano de sus parturientas, y él será responsable de un tanto por ciento de estas dislaceraciones sino se ocupa de prevenirlas y evitarlas.

Con gusto entraría de lleno en este asunto, pero es tan vasto y abarca tantos problemas de obstetricia, que apenas me será permitido tocar ligeramente algunos puntos importantes de la protección del periné.

Con frecuencia he oído entre compañeros y comadronas el término «SOSTENER EL PERINÉ» manipulación que realizan aplicando la superficie palmar de la mano sobre la orquilla, haciendo presión sobre todo el cuerpo perineal; Señores: nada hay mas absurdo e ilusorio que pretender evitar una laceración perineal practicando la mencionada maniobra, pues según sabemos, el periné se rasga bien a causa de su falta de elasticidad tan común en primíparas de edad avanzada, bien por exceso de tamaño de la parte presentante q. vence la elasticidad normal de aquellos tejidos, bien por presentaciones anormales, o bien por excesivo vigor de las constracciones uterinas que ocasionan la rápida expulsión del niño, sin dar tiempo a que se dilate paulatinamente el canal blando del parto. Como hemos pues de poder contrarrestar estas causas simplemente haciendo presión sobre el cuerpo perineal? de ningún modo señores: el único procedimiento que nos permitirá conseguirlo es aquel que mantenga la parte presente en el periné; el tiempo necesario para que estos tejidos adquieran su mayor grado de dilatabilidad, procedimiento que llevaremos a cabo, haciendo presión sobre la misma parte presentante, tendiendo a mantener la cabeza en flexión en los casos de vértice hasta que llegue el momento propicio para su expulsión, igualmente trataremos de corregir a tiempo las presentaciones anormales, y muy especialmente vigilaremos cuidadosamente nuestra enferma administrándole anestesia clorofórmica tan pronto como las constracciones se hagan tan violentas que no nos permitan dominarlas fácilmente.

La operación de la episiotomia tan precontada por algunos autores y que tienen indudablemente su aplicación en casos especialísimos, no es a mi juicio recomendable en la gran mayoría de los casos;

he visto muchos y muchos partos en los cuales su indicación parecía perfectamente clara por ser inminente la rutura del periné y en los que, con paciencia y cuidado me ha sido posible evitar toda laceración perineal economizando así sufrimientos innecesarios a mi enferma.

Para terminar creo que todo comadrón está en la ineludible obligación de no considerar un periné intacto en tanto no se haya convencido de ello por un examen detenido de toda la región, examen que por mi parte lo llevo a efecto mientras espero la expontánea expulsión de la placenta; aprovechando de este modo el periodo de semiconciencia en que queda la enferma después del parto, a causa de la anestesia que regularmente le administra en el momento del alumbramiento.

Mi técnica es como sigue, una vez convencido de la existencia y extención de una laceración, procedo a insertar y atar todas aquellas suturas interiores cuya seguridad no ha de peligrar en el momento de la expulsión de la placenta, e insertando todas las demas suturas que sean necesarias, pero dejando sus extremos largos y sugetos por pinzas de PECAN en tanto terminan el tercer periodo del parto; una vez que esto ocurre, suturo las laceraciones del cuello y ato todas las suturas que quedaron pendientes de pinzas terminando así mi trabajo.

Es innegable y no quiero ocurtarlo que en algunos casos, y especialmente en aquellos que han sufrido un traumatismo muy fuerte y prolongado a causa de intervenciones difíciles, las líneas de suturas no sicatrizan todas o en parte, debido a que los tejidos están tan traumatizados y faltos de vitalidad que no reaccionan y se esfacelan; en otras ocasiones, el comadrón sin tener en cuenta la consiguiente edema inflamatoria que ha de sobrevenir en aquellos tejidos, ata las suturas con demasiada atensión, ellas cortan através y no mantienen en aposición las superficies cruentas: por último gran número de los fracasos se debe a que el material de sutura interior como el catgu se reabsorve o disuelve muy rápidamente, a causa de la gran cantidad de secreciones que constantemente lo baña. Para evitar estos inconvenientes tengo por costumbre usar catgut cromizado de veinte días en las suturas interiores, empleando el menor número posible de ellas y sustituyéndolas por suturas de crin de florencia simpre que me sea dable atar sus estremos en el exterior, igualmente, ato con poca tensión estas suturas lo suficiente para oponer los bordes de la herida.

Los resultados que así adquiriremos serán ciertamente satisfactorios, recompensarán al práctico la adicional moldestia que se haya impuesto y economizarán a muchas madres las secuelas y complicaciones que generalmente traen consigo las pérdidas del soporte de

sus viseras pelvianas; así pues señores compañeros he de encarecer a la profesión médica que no olvide los sufrimientos de que hemos hecho mención, y vayan siempre a los partos preparados con el instrumental y material necesario para practicar las suturas de las laceraciones inevitables del canal blando del parto.

Réstame únicamente dar a Uds. mis mas sinceras gracias por la benévola atención que me han prestado.

UN CASO DE URETROPLASTIA. (1)

Dr. Manuel Janer. Humacao, P. R.

Distinguidos Compañeros:

Quiero describirles hoy una operación de un caso de estrechez uretral la que considero original por no haber encontrado descripción ninguna de ella en la literatura.

El paciente F. C. de 35 años, de Yabucoa, fué admitido al Hospital Municipal de Humacao el 18 de Mayo 1917 como caso de emergencia por no haber podido orinar desde el 15, y en un estado de intoxicación grave debido a un absceso urinario. En el año 1900 tuvo su primer ataque de gonorrea, habiendo sido infectado según él dos veces mas, la última hace ocho años. En los tres casos actuó él de médico y después de los primeros dos ataques siguió enteramente bien pero no así en esta última ocación, pues desde entonces 1910 ha tenido dificultad al orinar. Esta dificultad había aumentado a tal extremo que desde Sept. 1916 no había podido dedicarse al trabajo por tener que hacer esfuerzos de horas para vaciar un poco la vejiga quedándole después un ardor que él consideraba peor que no poder orinar. Anteriormente había tenido tres abscesos urinarios pero con simples incisiones se había mejorado y esta vez pensando que sería igual esperó hasta que se intoxicó de tal manera que era dudoso si mejoraría o no. En este estado llegó al Hospital; al examinarlo descubrimos que no era posible pasar sondas de ninguna clase teniendo necesidad de pasar un trocar para extraerle la orina y prepararlo para la inmediata operación.

La operación se hizo el 19, se le pasa una sonda hasta la estrechez, se le hizo su incisión perineal por una masa esfacelada y con el olor característico de estos casos, encontrando una cicatriz en la par-

(1) Trabajo leído ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 22 y 23, 1917.

te posterior de la uretra espongosa, la uretra membranosa habiendo desaparecido con el esfacelamiento general, por lo que después de resecar la cicatriz se le dejo una sonda en la vejiga y se le estableció una irrigación continua de solución salina caliente sobre el tejido esfaceladc que no pudo sacarse en la operación, pudiendo obtener que después del quinto día cediera la fiebre y sintomas de gravedad, y a los ocho quedo un tejido de granulación limpio. La perdida dc substancia era tan extensa que interesaba parte de la piel del pene posteriormente y toda la cubierta del testículo derecho, quedando este con el cordón completamente al aire, pero conservándose perfectamente al septo del escroto. Dos pulgadas de uretra habían desaparecido y en vista de que toda infección había cedido y no podía pasar orina ninguna por la uretra penil, decidí hacer el puente utilizando el septo escrotal. Refresqué bien todo el tejido, separé el septo, y lo suturé por encima de la sonda con catgut poniendo bien juntos los puntos, separé bien el testículo izquierdo de su cubierta colocando ambos testículos en un mismo saco, suturando la extremidad libre de éste a la piel del muslo derecho. La sonda se quedó en posición durante 15 días, y el septo se unió tan perfectamente que tiene un chorro gordo por la uretra y era curioso ver como él llamaba a la gente para que lo viesen orinar después de haber pasado ocho años sin haber podido hacerlo sin esfuerzos. Posteriormente lo he visto y he podido con facilidad pasarle la sonda Nº 24 F, y por supuesto tiene instrucciones de hacerse pasar la sonda de cuando en cuando.

EL DENGUE Y SU PROFILAXIA. (1)

Dr. Leopoldo Figueroa, San Juan, P. R.

Si los límites de la Higiene Moderna fueron tan estrechos y reducidos como lo fueron en época lejana, el tema que me ha sido asignado, desde el punto de vista patológico no es de gran trascendencia dado lo benigno del pronostico de esta enfermedad tan contagiosa y epidemica; pero dado a que la higiene no solo se concreta a dictar reglas o establecer una profilaxis fijando única y exclusivamente su vista sobre el daño o detrimiento que desde el punto de vista patológico puede efectuar una epidemia, sino que atiende también al desenvolvimiento, progreso y perfeccionamiento social y por consiguiente al engrandecimiento de los pueblos al preservar sus colectividades de

(1) Conferencia dada por el Dr. L. Figueroa en la Cátedra de Higiene de la Habana, siendo el conferencista alumno de quinto año.

los efectos nosológicos, que aun en lo individual es de temer y por lo tanto con mayor motivo, con maximo interes, cuando esta afecta grandes nucleos sociales o numerosas colectividades; entonces, señores, si nosotros desde el punto de vista profiláctico social, enjuiciamos los peligrosos efectos de una epidemia de DENGUE, concluimos en admitir una trascendencia suma al estudio y profilaxis de la enfermedad objeto de mi discertación, la cual paso a describir y luego a enjuiciar desde el punto de vista profilactico.

DENGUE.

Es una enfermedad aguda, infecciosa aunque de germen desconocido, epidémica y especial de la zona tropical y subtropical.

Desde el punto de vista clínico el dengue se caracteriza primero, por un periodo pirético de corta duracion y a tipo exacerbativo; segundo, por algias a tipo artroneuromusculares; y tercero, por un exantema polimorfo que tiene predilección especial por las extremidades.

He presentado a ustedes en bosquejo, en lo que pudiéramos decir boceto lo que es la enfermedad infecciosa objeto de mi disertacion y la cual de un modo algo amplio trataré de describir porque creo que es condición *sine que non* para efectuar una buena profilaxia hacer un estudio relativamente completo, de modo a encontrarnos provistos de poderosas armas que nos sirvan para sin tregua, sin cuartel poder atacar al enemigo que vamos a conocer bien, en cualquier forma que se nos presente, de cualquier modo que venga, por forma enmascaradas o larvada con que quiera engañarnos y descarriarnos en su persecucion para ensañandose causar efectos epidémicos tan terribles como dañosos desde el trascendentalismo punto de vista social.

SINONIMIA.

El dengue probablemente derivado de la palabra inglesa *dandy* por la actitud acompasada que toman los enfermos afectos de los dolores que forman parte del sindrome que la caracteriza, ha recibido además los siguientes nombres: fiebre de tres y siete días: break bone fever: o sea fiebre rompe huesos (por fuertes dolores oseos) trancazo: fiebre roja; y dada la poca gravedad que acarrea fué conocida en España con el nombre de enfermedad piadosa y por último los habitantes de la ciudad fundada por el cuákero William Penn, de la suntuosa Filadelfia, basándose en pronunciado abatimiento que persiste mucho tiempo después de la curación la denominaron break heart fever, lo que si a traducir fueramos diría fiebre rompe corazón.

DISTRIBUCION GEOGRAFICA.

En las costas del Mediterráneo: americanas y europeas, extendiendose por el interior. Asienta en las regiones tropicales y subtropicales del Asia, en las islas Malayas y probablemente es edémica en Egipto, Arabia, India y tal vez Cent o América y las Antillas.

ETIOLOGIA.

El agente infeccioso es desconocido creyendo Bancroft que a igual que el germen productor de la fiebre amarilla debe ser catalogado en el número de los invisibles o ultramicroscópicos.

Bancroft cree además que la infección se propaga, y la epidemia tiene lugar a igual que en la fiebre amarilla, paludismo, filaríosis, etc. por un huésped intermediario el cual en este caso es el stegomya-callopus o el anopheles. sino el mosquito vulgar el culex fatigans y stegomya fasciata, hecho éste que recientemente ha sido comprobado por Cry en Filipinas.

Es una enfermedad contagiosa pues ya desde los tiempo de Cotholendy hay consignadas observaciones en que se ha podido seguir su importación a una casa o a una localidad o país pudiendo haberse observado una incubación de cuatro días.

Sentado el contagio hay un hecho que entre nosotros viene a acabar de culpar al mosquito en la trasmisión de la enfermedad y es el hecho consignado por mi profesor el Dr. Guiteras, quien hace constar que en el Hospital las Animas, de enfermedades infeccionosas, que tan acertadamente dirije. ha podido comprobar que evitando la entrada al mosquito, tanto las enfermeras como los otros enfermos, como el médico, no fueron atacados de la enfermedad.

El dengue se propaga con suma rapidez, extiende su radio patológico de manera vertiginosa, sin respetar edad, sin tener en cuenta sexo, sin tener predilección por raza alguna, y su progreso agigantado es tan rápido que en pocos días puede convertirse en el huesped martirizador albergado desde el más oculto suburbio hasta el más elegante y suntuoso palacio.

Se ha tratado de hacer jugar también un papel importante al elemento climático y de ahí su predileción por la zona torrida y subtórrida.

La estación calurosa, el verano es la más propicia. lo que la diferencia de las epidemias gripales que por regla general son en invierno y lo que le da cierta analogía con la fiebre amarilla.

El dengue respeta las alturas, asi Cotholendy cita que en la isla Reunión no daban lugar a nuevos casos los infectados a una altura

de 600 metros y Brun comprobó igualmente que en las profundidades de Beyrouth el dengue deja inmune a las ciudades situadas en el Líbano a una altura de 300 o 400 metros.

De esto se deduce que el dengue parece no poder aclimatarse a grandes alturas sobre el nivel del mar, lo cual ha dado origen a que se diga que es una enfermedad del litoral.

Ultimamente, el dengue no inmuniza y las recidivas en ocasiones dos o más veces en una misma epidemia no es muy raro....

He sido extenso en lo que concierne a la etiológia porque ella es la peligrosa y nociosa fuente, cuyas aguas insalubres tenemos que analizar porque entonces de su conocimiento surge la salvadora profilaxia cortando los efectos peligrosos por medio de medidas que eviten o se opongan a la marcha deletérea de esta enfermedad.

SINTOMATOLOGIA.

A veces tiene un periodo prodrómico caracterizado por malestar general, pero otras veces, lo cual es muy frecuente, la invasión es brusca, el individuo súbitamente es sorprendido por dolores generalizados más o menos fuertes, elevandose unas veces rápidamente la temperatura a su más alto grado, o bien en otras necesitando uno o dos días para que el cuadro sintomático se desarrolle.

El periodo de estado está caracterizado por la rápida elevación térmica, la cual alcanza de 39 a 40 grados.

Concomitan con esto, las algias pronunciadas, siendo periorbitarias, suprerorbitarias y hasta intraoculares. A veces adjunto con las artralgias notamos un proceso flogósico articular acompañado de su correspondiente tumefacción, calor y dolor, lo que explica el hecho de haber llamado algunos al dengue: reumatismo febril.

Forman parte del cuadro clínico los dolores musculares, pronunciados sobre todo en la región lumbar y lumbo dorsal, como también los dolores oseos intensos, lo que justifica el nombre de break bone fever, o sea fiebre rompe huesos.

ERUPCION

Hay en el primer día una inicial la cual consiste en una inyección sanguínea de las mucosas oculo-naso-gutural, pero, ésta es muy fugaz y hasta el tercero o cuarto día no aparece la erupción propia del dengue, la cual invade con frecuencia las palmas de la mano y pies, antebrazo y piernas, tronco, cuello y cara, siendo primeramente una rubicundez muy pronunciada, la cual desaparece por la presion, a la cual sustituyen papulitas muy diminutas y aguzadas que se van fusionando hasta constituir una sola erupción que dura

3 o 4 días y luego sufre un proceso descamativo, habiendo quien cree que a igual que la escarlatina es este período muy contagioso.

El brote de la erupción, generalmente, a igual qua en la viruela y sarampión marca el cese de la fiebre, la cual por lo tanto solo durará tres días, teniendo entonces el tipo febril de tres días; otras veces la temperatura llega a su fastigium desde el primer día descendiendo por lisis hasta el tercer día; otras veces después de su descenso al tercer día vuelve a tener una exacerbacióu al quinto o sexto día para descender por crisis al cabo de horas o cuando mas de un día, adoptando la curva en *silla de montar*, y por último, otro tipo febril puede ser una fiebre contínua durante seis o siete días y de aquí el nombre con que algunes la designon fiebre de 7 días.

PULSO

Se nota una tendencia marcada a la lentitud y sobre todo en la convalecencia y más pronunciado este en los rescien llegados.

APARATO DIGESTIVO

Lengua estrecha, saburral y puntiaguda con su centro y bordes enrojecidos.

Hay gastralgia generalmente acompañada de náuseas y vómito y a esto se añade estreñimiento.

En cuanto al apetito está perdido, la anorexia es la regla al extremo que el enfermo dice no encontrarle gusto alguno ni a comidas ni bebidas.

SANGRE

Hay leucopenia y una relativa mononeuclosis.

ORINA

Las epidemias de la Habana y Tampa han demostrado que la albuminurtia a pesar de ser lijera y sin dejar lesión renal alguna existe con mayor frecuencia que lo que se creía.

COMPLICACIONES

Son raras, a veces forunculos, abscesos, otitis o una inflamación del ojo, pero siendo muy frecuentes las recaidas y recidivas. En los niños a veces meningitis benignas.

CONVALECENCIA

Generalmente rápida, otras veces se prolonga quince días y hasta tres semanas siendo penosa por la anorexia, cansancio general abatimiento e inercia intelectual.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico diferencial con la fiebre amarilla se funda: Primero, el estado de postración no es tan rápido en la fiebre amarilla como en el dengue: Segundo, los vómitos negros en la fiebre amarilla: Tercero, el ictero de la fiebre amarilla: Cuarto, la mayor cantidad de albumina en la fiebre amarilla: Quinto, las hemorragias en la fiebre amarilla; Sexto, la discrepancia entre pulso y temperatura en la fiebre amarilla y la lentitud del pulso en el dengue.

Con la grippe se diferencia: Primero, por la ausencia de fenómenos catarrales y ausencia del bacilo de Pfeiffer; Segundo, por la falta de erupción en la grippe.

El sarampión, la escarlatina y la viruela se diferencian del dengue por sus exantemas característico.

PRONOSTICO

Es sumamente benigno, pues en una epidemia en que fueron atacadas 60,000 personas, Brun, no tuvo conocimiento ni aún de un solo caso de muerte, y en la epidemia de la Habana las estadísticas sanitarias unicamente registran un caso de muerte.

Se comprende por lo tanto que solo revestirá gravedad en los caquécticos o bien en los que se complique con afecciones gástricas.

TRATAMIENTO

Es puramenle sintomático, y en tal concepto en los casos benignos bastará aconsejar un reposo de dos o tres días, un laxante y alimentación lijera.

En los mas intensos no hay inconveniente en la administración de los antipiréticos o antitérmicos analgésicos toda vez que no hay verdadera tendencia a efectos secundarios y en tal concepto la antipirina juega un papel muy importante por su doble acción antitermioa y analgésica.

PROFILAXIA

Siendo el dengue una enfermedad tan contagiosa y de tan rápida propagación, una de las primeras medidas profilácticas debe ser el aislamiento desde los casos dudosos y larvados hasta los confirmados.

Otro cuidado debe de tenerse en verano y en principio de otoño, que es la época propicia para realizarse la infección.

Dado a que el dengue respeta las alturas, una buena medida profiláctica será el poner tanto los casos sospechosos como los confirmados a cierta elevación sobre el nivel del mar.

Opuestamente a la fiebre amarilla la infección parece producirse por objetos del enfermo los cuales se contaminan, por lo tanto será

de rigor hacer una desinfección rigurosa tanto del local, cama, como objetos de los atacados de dengue.

Se cree que a igual que la escarlatina se propaga la infección con faciiidad en el periodo descamativo, por lo tanto será de rigor como medio profiláctico evitar la difusión de las escamas, barnizando los tegumentos con una pomada antiséptica y prescribiendo baños jabonosos a los convalecientes.

En fin, mi profesor el Dr. Guiteras, ha comprobado el cese de contagio poniendo los efectos al abrigo del mosquito, por lo tanto, otros medios profilácticos importantísimos, consistirán en proteger del mosquito a los atacados, por medio de telas metálicas, al igual que en la fiebre amarilla y evitando de este modo la propagación por este agente intermediario.

Ahora para concluir, permítaseme enjuiciar la importancía profilactica del dengue, desde el punto de vista patológico y desde el punto de vista social.

Hasta la actualidad no sabemos a ciencia cierta como cohibir o detener una epidemia de dengue, por lo cual nunca serán muchos y excesivos los cuidados profilácticos que tomemos para protegernos de esta enfermedad, que si desde el punto de vista patológico no es grave, toda vez que el pronóstico es benigno, este mismo pronóstico es reservado y mas que reservado grave y más que grave hasta fatal en algunos casos, si examinamos los estragos de una epidemia de dengue desde el punto de vista social, porque obligando a millares de individuos a abandonar sus labores, a retirarse de su trabajo, a guardar cama, trae esto como corolario obligado, como consecuencia imprescindible el convertir los hogares en nosocomios, que todo movimiento mercantil o comercial se paralice como ha sucesdido en algunas epidemias y que entonces terribles necesidades y negras miserias sean las que reinen en el desventurado pueblo o la desdichada región en que por desgracia siente la temible y no menos terrible epidemia de dengue.

En fin señores, termino, pero bien sé yó, que por norma tengo la máxima de nuestro ilustre catedrático, "que toda obra humana adolece de defectos", que la mía los tiene y en tal concepto, estoy desprovisto de toda presunción de haber hecho una disertación perfecta, con tanto mas motivo cuanto que no soy una autoridad en lo que se refiere al asunto, particular objeto de mi disertación.



RELACION ENTRE TUBERCULOSOS Y DEMENCIA PRECOZ) (1)

Por el Doctor Raúl Alvarez.

La idea de que la demencia precoz, fuese una forma de manifestarse la toxi-infección tuberculosa de determinados órganos de la economía, no es nueva, y se hizo quizá presente en el ánimo de muchos experimentadores cuando hacían resaltar sus aparentes relaciones, aún cuando no fuese sino a título de mera coincidencia,

Así lo abonan desde época remota las observaciones de MAUDSLEY, MOREAU etc. cuando anotaban "la apetencia de la caquexia, del debilitamiento orgánico y de la tisis", por los estados terminales de las demencias crónicas juveniles: y la eficacia del onanismo, excesos sexuales, miseria fisiológica y mil otros factores de decadencia física para la producción de dicha dolencia.

No mencionemos sino de paso, lo sujestivo de la época de la vida en que generalmente hace su aparición, y que le hizo incluir por ciertos autores entre las psicosis de evolución.

En efecto, los estudios de MARRO y otros experimentadores sobre las crisis puberales, nos enseñan que ellas se operan, con menoscabo innegable en la integridad de las defensas orgánicas.

Recorriendo la bibliografía científica, se tropieza a cada rato con hechos que contribuyen a acrecentar la sospecha. Así por ejemplo, las estadística hablan bien claro, señalando la tuberculosis en la ascendencia de los dementes precoces.

Con el advenimiento de lös métodos biológicos, y el estudio de la psiquiatría a la luz de las investigaciones pacientes del laboratorio, nuevos hechos de observación se agregan a los ya anotados.

Tal por ejemplo la naturaleza de las lesiones que el microscopio descubre, en la células psíquicas. Porque creemos como en una conquista inapreciable de la ciencia, en el origen "orgánico" de la demencia precoz.

La anatomía patológica ofrece a ese respecto la prueba inalienable. Los trabajos de KRAEPELIN, WEICANTH, ALZHEIMEN, DUNTON etc. que fueron los primeros en data, recibieron plena confirmación en los trabajos de la escuela francesa e inglesa, no menos copiosos y entre nosotros en los del profesor BORDA, y ellos constituyen la prueba cabal de modificaciones tangibles en la textura histológica. Y la escuela psicológica de FREUND y sus discípulos, no ha producido en

(1) La Prensa Médica de la Argentina, No. XX.

descargo hechos positivos de valor real como los que fundamentan la opinión contraria.

Así pues, el síndrome clínico "demencia precoz" obedece a un substratum orgánico. ¿Pero quién lo produce? Las opiniones discrepan, pero es indudable que hoy se asiste a una fuerte corriente de ideas que convergen en el sentido de aceptar un proceso de intoxicación endógena o exógena. Y se acusa especialmente a las glándulas de secreción interna.

Pero es al profesor REGIS a quien cabe el honor de haber llamado la atención sobre la similitud de ciertos estados transitorios de la demencia precoz con las psicosis de intoxicación exógena, tipo confusión mental.

Así, señala la frecuencia con que comienza por un acceso agudo de delírio alucinatorio y se empeña en hermanar la confusión mental con la demencia precoz.

Agréguese a todo esto, el valor de los signos somáticos y de laboratorio, esto es, las reacciones de la fórmula sanguíneas blancas y roja (linfocitosis, descenso de la hemoglobina neutrofilia etc.). semejantes a las de la tuberculosis, y la frecuencia extrema con que se constata coexistir las diversas formas de la infección bacilosa con la demencia precoz aun en sus comienzos (adenopatías tórpidas, infiltración pulmonar, artritis etc. etc.), la reacción positiva a la tuberculina en los casos en que dicha asociación no es aparente, las poussées febriles inexplicadas, la anemia, la fatigabilidad, la elevación térmica que sigue frecuentemente a los esfuerzos físicos etc., etc, y se tendrá fácilmente explicada la opinión de investigadores como KIERNAN, DUNTON, CLAUS, ROUBINOVICH y PHULPIN, DIDE, DUROCHER y DIMITRESCO que ven en estas coincidencias algo mas que meras apariencias para asignarles relaciones de causa a efecto.

El malogrado profesor GILBERT BALLET, en carta abierta dirigida al DR. VICTOR PARENT (padre) en Enero del año en curso, dejaba caer de sus labios con todo el peso que da a su palabra su extraordinaria valía de hombre de ciencia, el siguiente concepto, suficiente a justificar toda nuestra sospecha:

«Yo no quiero ser injusto, y digo que en Francia en los últimos tiempos, habíamos dejado un poco en la sombra los casos de debilidad intelectual rápida, producidos generalmente en los jóvenes que tan bien había visto ESQUIROL, que MOREL había descrito tan bien, y sobre los cuales CHRISTIAN ha llamado la atención.»

«Y creo necesario hacer responsable a la "degeneración" que durante tanto tiempo jugó entre nosotros un rol análogo a aquel que

juega en Alemania actualmente, esa otra "*tarte a la crème*" como decis, que es la demencia precoz en nuestros vecinos.»

«La degeneración era una expresión cómoda que explicaba todo aquello que no se comprendía muy bien, y lo que es mas grave aún nos hacía perder la costumbre de mirar los hechos con el mismo cuidado de detalles con que lo hacían nuestros antecesores. Y en efecto durante más de treinta años, los casos de demencia precoz, que forman légión, han sido tenidos por sus sucesores de Morel, como por él mismo como consecuéncia de taras originales y constitucionales. ¿Es errónea esta manera de ver? Yo no pienso que lo sea, no obstante haberlo dicho anteriormente, y que la habefrenia resulte como lo quería Hecker, una enfermedad puramente accidental y adquirida.»

«Estimo que ni la predisposición ni la intoxicación (de origen interno o externo) son suficientes por sí solas, para producir la enfermedad, y que el concurso de los dos factores es necesario, *estando el segundo en mi opinión, muy frecuentemente representado por la toxi infección tuberculosa.*»

Nuestra modesta experiencia personal nos conduce cada vez más a plegarnos a esta nueva concepción de la etiología de la demencia precoz. Y si bien creemos que por algún tiempo, ha de ser difícil encontrar la prueba real del aserto, pensamos que el tratamiento específico por la tuberculina quizá sería uno de los caminos indirectos más fáciles de seguir, con tal de actuar siempre bien al comienzo de la afección.

LA BATATA Y SUS AZUCARES.

Sucede a menudo que las cosas más familiares son las que menos conocemos. Así, pues nos aventuramos a suponer que son pocos los que recuerdan mucho de la historia de ese azucarado vegetal, la batata, y pocos también los que se detengan a pensar por que es dulce.

Humbold dice que entre los trofeos que Colon llevó del Nuevo Mundo para ponerlos a los pies de Isabel de Castilla se hallaba la batata. Se tiene por cierto que su introducción en Europa es anterior a la de las patatas en Irlanda. A la verdad la patata dulce o amarilla (*Convovulus o Batatas edulis*) en vez de a la "Comun" blanca o patata irlandesa (1) (*Solamum tuberosum*) es a la que corresponde legalmente revindicar el no modificado nombre de patata. Este era el significado de la palabra hacia mediados del siglo décimo séptimo.

(1) La batata es originaria de Chile.

Así, pues, cuando Falstaff, en "Las Viudas Alegres de Winsor" exclamó: "Dejad que del cielo lluevan patatas, granizo de confites perfumados y nieve de eringies, se refiere a las patatas (Eringies, dicho sea de paso, son las raíces del *Eryngium maritimum* antiguamente estimados como manjar delicado cuando estaban confitados] Se observará que el gordo caballero, clasifica las patatas entre los alimentos dulces. Shakespeare probablemente conoció esas raíces, que eran un lujo y se llevaban de España o de Portugal; toda vez que las batatas se importaban en grandes cantidades e esos países, durante el reinado de la reina Isabel.

Como lo indican los nombres botánicos, la batata pertenece a una familia distinta (las *Convolvulaceae* o familia de la "Gloria de la Mañana") de la de la patata (*Solanaceae* o familia de la "Yerba mora"). Sus propiedades generales químicas y nutritivas son semejantes, aunque el por ciento del almidón es más alto en las raíces tuberosas del *Convolvulus batatas* que en los tubérculos de la *Solanum tuberosum*. La batata debe su tinte amarillo al xantóflilo que está distribuído a través de su sustancia. El característico sabor dulce se debe a varios azúcares. El azúcar está también presente en la patata pero en una proporción mucho más pequeña. Stone W. E., hace veinte y cinco años demostró en la batata la presencia de la sucrosa o azúcar de caña. Este es uno de los azúcares más complejos y en el cual las moléculas están tan ligadas, que no reducen la solución Fehling. Posteriores observadores han encontrado también azúcares reductoras.

Es bién sabido desde hace tiempo, que en las raíces tuberosas de la batata y en los órganos de quiesciente almacenaje de otras plantas de las regiones templadas, el almidón es transformado en azucar. En muchas plantas la transformación del almidón en azúcar cesa a unos pocos grados por encima del punto de congelación. La batata es excepcional en esto, pues tan pronto como ha sído cogida tiene lugar la transformación del almidón en azúcar a una temperatura mucho más alta; a 30 C. (86 F.) Una más alta proporción de azúcar se forma sin embargo en un almacenaje frío, que en uno caliente,

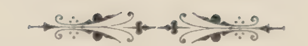
Hasselbring y Haw Kins mencionan otra interesante particularidad de la batata; con excepción de los árboles de madera dulce, se ha observado que los azúcares reductores son los productos corrientes y más abundantes de transformación del almidón en los órganos quiescentes en que se almacena. En la batata, al contrario, poca azúcar reductora resulta de esta transformación; el principal producto es la sucrosa, Hasselbring y Haw Kins encontraron que, mientras el

azúcar de caña contenidas en las batatas se eleva hasta 8.74 por ciento en almacenaje frío, la proporción, en todos los casos, permanece aproximadamente entre 4 o 5 partes de sucrosa por una de azúcar reductora.

Una ulterior contribución al estudio de los carbohúdratos de la batata ha sido hecha por el Profesor Miyake de la Universidad Imperial Tokoku, de Sapporo Japón, Miyake halla que en adición a la fructuosa (levulosa) que previamente ha sido reconocida, los azúcares productores de esta raiz incluyen glucosa (*d*-glucosa, azúcar de uva, dextrosa.)

Toda vez que la molécula de sucrosa está compuesta de una de glucosa y una de levulosa puede considerarse como una posibilidad el que los azúcares reductores sean el resultado de una división de la sucrosa. Esto sin embargo no ha sido considerado por Miyake.

The Journal.



BOLETIN

DE LA

Asociacion Medica de Pto. Rico

ORGANO OFICIAL

PUBLICADO TRIMESTRALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XII — SEPTIEMBRE 1918 — NUMERO 120

EDITORIAL

REPRENSION DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Dr. Eliseo Font y Guillot

Es la función capital, la de mayor transcendencia a realizar por las autoridades sanitarias. Ha de ir, indefectiblemente precedida, en el orden cronológico de las ideas por dos actuaciones previas: la notificación, en primer término; y la pronta investigación después.

Las enfermedades transmisibles, consideradas bajo el punto de vista de una buena práctica sanitaria deben clasificarse;

1.—Enfermedades que se propagan por medio de las secreciones, y exudados, procedentes de la nariz, boca, garganta, etc. y por el aire expirado,

2.—Enfermedades que se transmiten mediante las excretas.

3.—Enfermedades cuyos agentes intermediarios son insectos o gusanos.

4.—Enfermedades justiciables por agentes profilácticos y específicos.

5.—Enfermedades que tienen por vehículo el agua, la leche y otros alimentos.

6.—Enf rmedades que se transmiten por portadores o *bacilíferos*.

7.—*Incerta sedis* o que participan de ciertos caracteres de unas y otras.

En Puerto Rico la Ley de Sanidad vigente en su artículo 28 y el Reglamento No. 43, artículos 3º, 4º y 5º, establecen un excelente sistema de notificación obligatoria, no sólo para los casos típicos y de diagnóstico incuestionable, sino para los atípicos dudosos o simplemente sospechosos, que en armonía con las circunstaucias pueden y deben ser aislados como si se tratase de la enfermedad positiva.

La notificación obligatoria es la única fuente de evidencia para una seria y verídica estadística de morbilidad, y, a la vez, el auxiliar más poderoso para establecer el índice de ciertas y determinadas enfermedades transmisibles.

Pero si es esencial la notificación a la oficina correspondiente por los médicos de asistencia, directores de hospitales, asilos e instituciones escolares y de otra naturaleza; esta resultaría infecunda si no fuese acompañada rápida y escrupulosamente de la investigación *in situ* para establecer, bien el tratamiento profiláctico y sanitario, adecuado en cada especie nosológica, o para ordenar el aislamiento inmediato, que retardado pudiera ser origen de un brote epidémico o de otra contingencia grave; o para una acción específica que yugulase la dolencia al nacer o en sus primeros estadíos.

Y la investigación no debe quedar limitada a esas prudentes y discretas medidas, debe ir más allá, recogiendo specimens a fin de que la enfermedad sea debidamente documentada por el laboratorio, sobre todo en los casos dudosos para diagnósticos definitivos y exactos, que permitan poner en práctica una profilaxis bien concebida y una terapéutica racional y efectiva.

El Departamento de Sanidad de Puerto Rico no limita sus actuaciones a vigilar, aislar, y tratar las enfermedades transmisibles y a la aplicación oportuna de los preceptos de la Higiene, porque entiende que este procedimiento aislado habría de conducirle a la larga al quietismo de la rutina, encerrándole en el círculo de hierro de un "concepto"; quiere ir más lejos, realizando mediante una investigación paciente y constante, y de un estudio metódico y ordenado, todo lo concerniente al *microbio*, el terreno, las condiciones exteriores, el mecanismo, las leyes de la infección, la propagación de las enfermedades bacterianas, su distribución geográfica, las asociaciones y antagonismo de sus parásitos, llegando si fuese posible hasta la biología experimental.

Inspirado en las anteriores ideas, el Departamento ha creado una comisión permanente adscrita a él, y compuesta de empleados del mismo, que se llama: "Comisión de Estudío e Investigación de las Enfermedades Transmisibles Cosmopolitas y de las Peculiares de la Isla de Puerto Rico."

Está compuesta de las entidades siguientes: El Jefe del Negociado de Enfermedades Transmisibles, el assistan patólogo del mismo; los jefe de los Laboratorios Químico y Bacteriológico, el Ingeniero Sanitario y un entomólogo.

A los efectos de la profilaxís y para determinar el diagnóstico, fundamento de aquella, esta comisión, provee a todos los médicos que lo soliritan, los materiales necesarios para comprobar bacteriológica, química y biológicamente el diagnóstico; así mismo se le suministra gratis sueros, vacuna, etc. para el uso exclusivo de los menesterosos.

La comisión examina todas las informaciones e investigaciones que verbalmente o por escrito se le hacen por los organismos y profesores médicos, sobre todas y cada una de las enfermedades transmisibles que puedan constituir un nuevo factor etiológico, clínico o profiláctico y que sintetizen y signifiquen un paso de avance de la Clase Médica Puertorriqueña.

La comisión dispone también del traslado de alguno o algunos de los miembros que la integran a las localidades en donde por la transcendencia o novedad de algún caso de enfermedad transmisible, sea necesaria la investigación en el terreno donde aquel se presente' Consecuente con tales propósitos; se han realizado importantes estudios y detenidas investigaciones sobre *espiroquetosis*, *filariasis*, *bilharziosis*, *pellagra*, *lepra*, etc.; en un crecido número de pacientes hospitalizados en el Cuarentenario del Departamento.

Por último; es pertinente consignar que la notificación obligatoria seguida de la investigación respectiva, en diferentes localidades de la isla, permiten que figuren en las estadísticas de morbilidad los casos de *framboesia trópica*, enfermedad que por su exceeiva contagiosidad está hoy en el cuadro de las notificables; porque hasta hace poco la *buba* se consideró extinguida entre nosotros; ya que los enfermos de ella que pasaban de tiempo en tiempo por los consultorios o eran asistidos en sus domicilios, no despertaban ningún interés clínico, por considerárseles como de *sífilis cutánea*, y sin más análisis, sin documentación bacteriológica y sin aquilatar los juicios iban al tratamiento específico de la sífilis, que siendo idéntico al de la framboesa; el éxito que le acompañaba constituía el mejor y más sólido argumento en pro de aquel diagnóstico equivocado: 'ex necentibus, ex jubantibus.'

Y la enfermedad existía y existe, no con caracteres de sueño o de latencia, sino despierta, palpitante y activa externándose por brotes y cuyo agente morbígeno es un treponema (*T. pertenue o Spirochoeta pallidula*) muy parecido al de la sífilis revelado por el microscopio en los casos del Cuarentenario.

En síntesis: la notificación y la investigación determinan la *acción* que siendo oportuna. ha de ser fecunda con resultados positivos, ya en orden al tratamiento curativo de las enfermedades transmisibles.

ESTUDIO DE CLINICA Y DE LABORATORIO

LA INSUFICIENCIA DEL HIGADO

Las múltiples y complicadas funciones del hígado y por tanto las desviaciones anormales de éstas, dan a dicho órgano una semeiología funcional tan importante que quizás, no la tenga ningún otro órgano de nuestra economía.

El conocimiento de la alternación patolológica de estas funciones es para nosotros, tanto mas interesante, cuanto que es sabido que el hígado en los paises tropicales por efecto del calor, abundante alimentación, falta de ejercicio muscular, género de vida antihigiénico. abuso del alcohol, la malaria y sobre todo la disentería, (1) sufre más que ningún otro órgano y presenta una patología algo diferente a la que ofrece en los paises templados, siendo algunas veces bastante insidioso el origen y desarrollo de las entidades morbosas del cítado órgano en dichos paises tropicales.

"Existe, dice Loeper, (2) al lado de las hepatitis propiamente dichas, cierto número de estados patológicos cuyo aspecto clínico es menos acusado y cuyas alteraciones anatómicas escapan a nuestros métodos de examen actuales.

El síndrome clínico de estos vicios funcionales lijeros no es siempre exactamente superponible al de las modificaciones celulares profundas; es decir, la pequeña insuficiencia hepática, como se la llama, no es siempre imagen disminuida de la grande. Sin embargo, estos estados presentan con las verdaderas enfermedades del hígado un parentesco innegables y tienen como un aire de familia que permite reconocerlas.

Ciertos autores las han designado con los nombres de; atonia dispepsia, meiopragia hepática, dispepsia hepato-biliar. Una variedad curiosa, que por otra parte es muy particular de los paises tropicales, ha sido descrita e individualizada por los ingleses con el nombre de *torpid liver*. La dispepsia de nuestros paises es bastante distinta de la de aquellos paises y no presenta con ella más que una semejanza lejana; sin embargo, también por su parte, está caracterizada por una especie de torpeza hepática que es bastante difícil de vencer por eso le conservamos el término bastante sugestivo y quizás más comprensivo de *higado tórpido*."

Tenemos, pues, que existe una pequeña insuficiencia hepática. Esta puede revelarse por un cierto número de signos, algunos de los cuales constituyen por decirlo así, el tripode sintomático de la afec-

ción y los restantes representan reacciones a distancia más o menos frecuentes y más o menos acentuadas.

Estado saburral de la lengua, mal aliento, distención de vientre dolores vagos después de las comidas, náuseas y a veces vómitos alimenticios; insuficiencia en la digestión intestinal meteorismo abdominal, contratracturas intestinales, alternativas de constipación y de diarrea y a veces constipacion persistente. Cuando las deposiciones son líquidas alternan con heces retorcidas, tostadas, fuertemente coloreadas un día y poco coloreadas al día siguiente, siendo algunas veces mucosas.

El tamaño del hígado varía constantemente, unas veces es más pequeño y otras mas voluminoso que en su estado normal. A veces puede variar de un día a otro. Asegura Loeper que el dolor hepático expontáneo es raro y que jamás ha comprobado el falso cólico hepático ní la diarrea prandial de los biliares tan bien descritas por Linosier.

Las orinas son escasas de color intenso y contienen cierta cantidad de uratos.

El color de estos enfermos no siempre está alterado. A veces es gris, a veces es amarillo, pero poco acentuado este color. Lo que si se observa casi siempre es un lijero tinte subictérico en los conjuntivas. Algunos enfermos están anémicos y otros tienen ligeras hemorragias. Ofrecen cierta incapacidad para el trabajo y fatiga nerviosa.

Son irritables y tienen tendencias meláncolicas y aún obsesiones y fobias, suelen padecer con cierta regularidad de cefaleas y muestran una gran intolerancia para cierto medicamentos que pueden provocar en ellos excitación nerviosa, picores y erupciones.

La pequeña insuficiencia del hígado puede crear diversos aspectos clínicos, según predomina uno en otro grupo de síntomas, pudiendo decir que no siempre se manifiesta de igual modo la pereza o ei entorpecimiento funcional de este órgano,

Para el rápido diagnóstico de la pequeña insuficiencia del hígado es necesario, casi siempre recurrir a un examen tan completo como sea posible, de las orinas, de las deposiciones y de la sangre.

En el examen de las orinas debemos dar preferente atención a la investigación de la urobilina, del índican, del ácido úrico y a los coeficientes azotúrico y sulfatúrico.

Én casi todos los casos hepáticos la urobilinuria, no sólo existe en las orinas sino que existe también en el suero en forma de cromó-

geno. Esto no obstante, afirman Gilbert y Herscher que la urobilinuria no es un signo se insuficiencia hepática, sino un signo de colemia.

Gilbert y Weill consideran la indicanuria, casi siempre, en relación con la insuficiencia del hígado y a veces también como un síntoma aislado de ésta.

El aumento del ácido úrico es un síntoma constante y específico ce la insuficiencia hepática, sin embargo se le encuentra aumentado en muchas de las enfermedades del hígado tórpido.

Los clínicos franceses, después de Brouardel, (3) consideran las variaciones de la urea, o de una manera mas precisa, su disminución en la orina, *hipoazaturia* como uno de los elementos más ímportantes urológico de la insuficiencia hepática.

Se admite que en estado normal el ázoe de la urea representa unos 83 por 100 del ázoe total, es decir, que la relación es igual a 83.

En la cirrosis esta proporción disminuye hasta 60 y 65 y en los cánceres del hígado hasta 50 y en la ictericia grave hasta 30 por 100. Según Loeper: "en las insuficiencias ligeras del hígado, las variaciones son infinitamente menos considerables y, sin embargo, continúan todavía siendo perceptibles como lo demuestran los resultados obtenidos en muchos enfermos."

Según A. Robin existen en las orinas dos variedades de azufre: el oxidado y el no oxidado. Los sulfatos y los sulfoconjugados de un lado y de otro la cistina, la taurina y sus derivados.

Expone dicho autor que siendo el hígado el agente principal de las oxidaciones de los azufres sería útil investigar el *coeficiente de oxidación del azufre* o sea la relación del azufre incompletamente oxidado relación que normalmente es de 88 por ciento, pasa 95 por 100 en el hiperfuncionamiento y desciende a 80 por 100 en caso de insuficiencia. Esta disminución es un nuevo factor que indica la pereza o torpidez del hígado.

Por nuestra parte diremos, que igual resultados hemos podido observar, en muchos pacientes nuestros, en que por medio de examen de sus orinas hemos logrado, con gran trabajo, determinar estos coeficieñtes, pues en los análisis de orina hechos en nuestros laboratorios casi nunca se expresan dichos coeficientes.

No hacemos mención aquí de otros métodos que hoy se emplean para determinar el quimismo hepático, *prueba de la amoniuria experimental* (Gilbert y Carnot), de la *glucosuria alimenticia* y de la *glacuria intermitente* de Chauffard, porque no dan resultados precisos más

que en las enfermedades del hígado propiamente dichas, en los grandes procesos de este órgano, en que el estado de la celula hepática de su integridad anatómica o funcional se halla seriamente comprometida.

Por el examen de las *deposiciones* podemos adquirir datos útiles. El color de éstas es en extremo variable desde el tono más intenso hasta la acolia casi completa.

Tales cambios dependen de una irregularidad en la execreción biliar y de una cantidad mayor o menor de bilis e indican. Son también ocasionados por las transformaciones sufridas por los pigmentos biliares en el curso de su paso por las vías digestivas. La prueba del sublimado (Schmidt) que mide la riqueza en bilirubina o en hidrobilirubina según la coloración roja o verde obtenida. Esta reacción permite en un enfermo seguir diariamente las variaciones múltiples de la fnución biliar, siendo su alimentación idéntica.

El examen de la *sangre* en los estados hepáticos atenuados, en la pepueña insuficiencia del higado apenas nos revela las modificaciones que sufre en las afecciones hepáticas francas: hipoglobulia, retraso en la coagulación y disminución en la retracción del coágulo.

No siendo posible las más de las veces dar de primera intención con la causa de ciertas pequeñas insuciencias hepáticas tenemos que conformarnos con combatir los síntomas y perturbaciones funcionales con que se nos rsvelan.

En estas insuficiencias lo primero que hay que atender es más bien al régimen higiénico: evitar los alimentos irritantes de las celulas hepáticas y las intoxicaciones y fermentaciones intestinales.

Como exitantes discretos de la celula hepática, puesto que en el intestino yufren una digestión casi completa, podemos aconsejar el uso de la leche en primer lugar, y el de las pastas y harinas y el de los hidrocarbonados y azúcares,

Debemos proscribir las grasas por su digestión dilícil y porqué disminuyen el poder amiolítico del hígado. No se debe proscribir completamente la carne, pero debe usarse con prudencia.

El análisis de las orinas y de las heces fecales nos darán a conocer cuando el régimen alimenticio de un hepático debe ser modificado, esto es, cuando exista una señalada mejoría de los procesos de digestión intestinal, lo cual puede favorecerse adminisirando a los enfermos productos digestivos como la pepsina y la pancreatina.

Por medio de la aseptización del intestino podemos evitar la reabsorción de substancias irritantes, siendo los purgantes ligeros los

que nos pueden prestar inmejorables servicios, deben ser prescritos en cantidad moderada, dándose la preferencia a los purgantes salinos, sales de sosa o magnesia, administrados a dosis refractas y especialmente en ayunas.

Los alcalinos son excelentes medicamentos, porque además de favorecer la fijación del glucógeno, obran sobre la acción amilolitica del hígado. El bicarbonato de sosa es entre los alcalinos el medicamento de elección. Debe prescribirse en soluciones al 5 por 100 y 10 por 100 ligeramente tibias, dadas en ayunas.

También puede hacerse uso de soluciones de bifosfato o de cloruro de calcio que ejercen una acción beneficiosa sobre el hígado.

Desde que la Oporterapia ha entrado de lleno en la terapéutica actual se administran productos hepáticos cuya acción es la de excitar y ejercitar la glándula. Pueden prescribirse en forma de extractos biliares o preparaciones similares.

Solo hacemos mención aquí del hígado fresco de cerdo, y de otros preparados análogos por la gran repugnancia que causa a los enfermos.

A este tratamiento por decirlo así de la glándula misma, hay que cambinarlo con medicaciones tónicas generales.

A los enfermos neuropáticos se les prescribirán los fosfatos en ingestión o por la vía hipodérmica, y suero artificial a pequeña dosis. Tanto éste como el hierro administrado convenientemente pueden prestar grandes beneficios, pues es evidente la acción de estas substancias tanto sobre el estado general como sobre el funcionamiento del hígado.

A este propósito se prescribirán también las aguas ligeramente ferruginosa y alcalinas y las inyecciones subcutáneas de cocadilato y de metilar sinato ne hierro.

BIBLIOGRAFIA

1 Patrick Manson—Maladies des pays chauds. 1904,
2 M. Loeper—Lecciones de Patología digestiva. 1917
3 Dr. Combe—L' anto-intoxicoción intestinal. 1914

LA ADMINISTRACION INTRAVENOSA DE LAS SALES DE MERCURIO EN EL TRATAMIENTO DE LA SIFILIS (1)

Dr. E. García cabrera

Concepto actual de la infección sifilítica.—Treponemosis. —El Treponema Pallidum.—Frecuencia de la sífilis. Reacciones biológicas en el diagnóstico, pronóstico y curación del sifilítico—Tratamientos.

Careciendo de toda autoridad científica, sin pretensiones de ningún género, pero con la conciencia de traer ante vuestra consideración un trabajo al que he consagrado toda mi atención durante algún tiempo, tengo la alta honra de dirigir mi desautorizada voz y difícil palabra, a esta distinguida asociación.

Grande es el deber que cada uno de nosotros tiene, en su modesta esfera, de aportar un grano de arena, siquiera, al monumental edificio de nuestra ciencia, tan grande ese deber, como insignificante mi personalidad científica, es motivo, harto suficiente, para recomendarme a la benevolencia e indulgencia vuestras, nunca puestas en duda.

Para hacer apreciar mejor mis conclusiones y hacerme lo menos inenteligible, me he de permitir algunas consideraciones elementales que sabrán ustedes dispensar, sin que ofendan vuestra reconocida autoridad.

Quiza la más antigua y la muy temida, la sífilis, apesar de todas las investigaciones de que era objeto, había tenido oculto hasta estos últimos años, el secreto de su naturaleza, y parecía substraerse a las investigaciones de los sabios de laboratorios, por la imposibilidad de inocularla, en la cual habían chocado hasta entonces. Fué en 1903, cuando Metchnikoff y Roux lograron inocular la enfermedad a los monos antropoides, produciendo en el chimpancé lesiones locales específicas seguidas, mas tarde, de accidentes generales, demostrando al mismo tiempo, que la infección podía a su vez, transmitirse del mono enfermo al mono sano. Dos años más tarde, en abril de 1905, Schaudin descubría, en el jugo de una papula sifilítica, un delicado espirilo, al que dió el nombre de spirochaete pállida, Este descubrimiento fué seguido por el hallazgo del organismo, en la sífilis experimental de los monos, por Metchnikoff y Roux, cerrando de esta manera el primer anillo en la cadena de evidencias para probar la especificidad del organismo en la sífilis. En 1911, Noguchi cultiva el treponema en cultivos puros, y de ellos, por inoculaciones a monos y cone. jos, en los que produjo lesiones típicas de sífilis, demostró la patogeneidad del organismo, según el criterio enunciado por Pasteur.

De esta fecha en que definivamente quedó demostrado el trepo-

(1) Trabajo leido ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de P. R. Dic. 15. y 16, 1917.

nema pallidum como el agente etiológico de la sífilis datan los grandes progresos en la patología y tratamiento de la treponemosis.

Encontrado en las lesiones inicial y secundarias, por sus descubridores, Schaudin y Hoffman, el treponema pallidum ha sido demostrado en todos los estados y en todas las lesiones de la enfermedad. Schaudin lo descubre en un goma del hígado; Wright y Richarson, Schmorl y Reuter en la aortitis; en la arteritis cerebral, Bender; en el corazón (músculo) y en la pancreatitis, Warthin; en las glándulas supra-renales, Hollman, Jacquet y Sézary; en las nefritis, y líquido cefalo-raquídeo, Hoffman, Nichols y Hough, y Sézary y Paillard, en la sangre, Uhlenhuth y Mulzer; en las parálisis, Graves; en las keratitis intersticial, Igersheimer; en gomas del cerebro, Dunlap; en el cerebro de los paralíticos, Noguchi y Moor, Marinesco y Minea, Levaditi, Marie y Bankowsky, Wíle y otros; en la médula espinal, Noguchi. Verse y otros; en la orina, Dreyer; en el fluído espermático, y en la leche materna, Uhlenhuth y Mulzer.

La presencia del treponema pallidum en la sangre en casos de individuos contaminados con sífilis, antes de que sea posible observar el menor signo de chancro o lesión inicial, como hemos tenido oportunidad de ver y lo han demostrado Neisser y Hoffman y últimamente Reasoner, Nichols, Noguchi y Hartwell, nos define la infección luética como una septicemia a la que más científicamente llamaremos "*treponemosis*". Refuerzan este concepto de la sífilis los trabajos de Nichols y Houhh, y los de Wile y Stokes. Los primeros, demuestran la presencia del treponema en el fluído cerebro espinal durante el período pre-roseolar; los segundos experimentadores obtienen positivas las diferentes reacciones biológicas específicas de la infección luetica, en el fluído cerebro espinal en individuos que aun no habían pasado el período de la lesión inicial.

Probada definitivamente por la clínica y el laboratorio, la sífilis como una septicemia aguda a la que hemos llamado treponemosis, todo lo importante en el tratamiento de esta enfermedad estriba en el precoz diagnóstico de la lesión inicial para poder instituir el más precoz, enérgico y científico tratamiento.

Para poder diagnosticar una lesión inicial como específica solamente hay un método posible y verdad. Desde luego tenemos que hacer excepción de aquellos casos en que el paciente se nos presenta con un chancro acompañado de su consecutiva adenitis que no deja duda de su carácter específico. Los caracteres clásicos del chancro de Hunter, esclerosis primaria. chancro indurado, descrito como solitario indoloro y de bordes netos, de superficie lisa, barnizada, de poca supuración, sobre una base indurada, apergaminada. etc., etc.

son signos o características que no debemos ni podemos ni es científico depender de ellas. Son cuadros desastrosos para los que sin oportunidad para observaciones personales creen en ellos. Todos hemos visto chancros con distintas localizaciones genitales y extragenitales en los que se ha demostrado la presencia del treponema, o los que han resultado posteriormente sifilíticos y ninguno de ellos tener las características clásicas que tan fáciles de ver y tan bonitamente nos pintan los libros. El chancro es solamente un fenómeno de defensa de los tejidos, constituído por una infiltración de ese tejido, y según la densidad y la forma de esa infiltración, su aspecto es muy variable y puede modificarse bajo la influencia de las alteraciones regresivas más o menos rápidas que experimente. Rara vez vemos un chancro puro, casi siempre acompañado de una infección, desde su principio, que lo desfigura, o complicado con un chancroide que le hace perder sus pocas características. Pcr consiguiente, es imposible depender de los caracteres del chancro para hacer nuestro diagnóstico, y considerando, que si la pequeña úlceración en cuestión es de caracter específico es este el momento psicológico para el tratamiento y nuestro diagnóstico exacto, inequívoco y garantizado, se impone, para no permitir que los treponemas alcancen, una vez en la circulación y a travez de los capilares, los tejidos fuera del riego sanguíneo, donde puedan acantonarse sin que logremos llegar a ellos con nuestros medios terapéuticos.

Cómo pues hacer nuestro diagnóstico precoz del chancro? Solamente descubriendo el treponema en la lesión a diagnosticar. Este proceder que vengo siguiendo siempre que es posible y que practico en toda lesión genital que pueda sospechar de luetica, me ha valido la institución de un tratamiento precoz y enérgico en muchos casos, en los cuales he obtenido una completa curación en un tiempo relativamente corto con diez o doce inyecciones intravenosas de neosalvasán y veinte y cinco o treinta intravenosas de mercurio; tratamiento y técnica que más adelante tendré el honor de exponer y que tiene por objeto este trabajo.

Los procedimientos usados para descubrir el micro-organismo etiológico de la sífilis en las lesiones específicas son varios. Solamente diré, que el raspado, previa limpieza con solución fisiológica, obteniendo por expresión el suero de irritación de Hoffman o rocío seroso de Nicolás y André, es que da mejores resultados. Este raspado debe practicarse cuidadosamente, con un pedacito de gasa seca, evitando hasta donde sea posible la hemorragia. El líquido así obtenido, lo sometemos a examen microscópico por la iluminación sobre fondo obscuro, que es el procedimiento más rápido

y seguro de diagnóstico. Sin embargo, los tintes dan resultados del todo satisfactorios y merecen ser aquí, considerados. Cuando Schaudinn y Hoffman presentaron su primera memoria, nos decían que solamente habían podido poner de relieve el treponema, usando un tinte dotado de enérgicas propiedades colorantes, el método de Giensa por el azur-eosina. Pronto se modificó esta opinión y hoy sabemos que el treponema pálido toma, con más o menos intensidad, la mayor parte de los colorantes habituales de los espiroquetos y puede aun descubrirse por algunos otros, más diariamente usados en los laboratorios. Entre los muchos métodos empleados por diferentes autoridades he venido usando, con resultados del todo satisfactorios, el del Mávor L. W. Harrison, el violeta de genciana fenicado y el método de Fontana. Harrison emplea una solución de colargol que pone en una botella obscura, agrega 19 partes de agua destilada, agita ligeramente el contenido, lo deja descansar y vuelve a agitarlo de nuevo suavemente quedando así preparado para uso. La película se prepara de igual manera que la descrita por Burri en su método con la tinta china. A una gota del líquido que se desea examinar se agrega una gota de la solución de colargol y después de mezcladas se extiende sobre el cristal como hacemos con una gota de sangre que fuésemos a teñir para un contaje diferencial o para investigar malaria. Los treponemas aparecen como espirales transparentes o blancos sobre un fondo color tabaco obscuro. El violeta de genciana fenicado según Ploeger, Oppenheim y Sachs da también buenos resultados.

Ultimamente he estado usando el procedimiento de Fontana modificado por Tribondeau el que considero superior a los otros y que merece ser conocido. El producto que se desea examinar se extiende sobre una lámina de cristal en una película tan delgada como sea posible y se le deja secar al aire. Después de seco se cubre durante un minuto con la solución de Huge que consiste de

ácido acetico puro............una parte
formalina 40%.............. dos partes
agua destilada .... cien "

se escurre esta solución y se agregan algunas gotas de alcohol para completar la fijación. Entonces sin lavar la película se derrama sobre ella el siguiente mordiente:

ácido tanico..............cinco partes
agua destilada............ cien "

Se calienta la preparación lentamente hasta la emisión de vapores y se deja actuar durante 30 segundos. Se lava la preparación

y se le agrega la solución de Fontana, que consiste en una solución al 5% de nitrato de plata a la que se le ha agregado amonia gota a gota hasta la formación de un precipitado y éste ha vuelto a desaparecer. La película cubierta con esta solución, se calienta de nuevo hasta la emisión de vapores dejando la solución actuar durante 30 segundos. Los treponemas se tiñen de un color oscuro a negro (dark brown to black) y son muchos más fáciles de descubrir que con los otros procedimientos.

Así hacemos nuestro diagnóstico precoz y seguro. Nuestros conocimientos de la vida del treponema, sus caracteres biológicos, culturales, etc., y ultimamente el estudio hecho de sus caracteres quimio-receptores nos van orientando a la verdadera y científica terapéutica del mal.

Nos detendremos algunos momentos en los interesantísimos estudios experimentales de Erlich con los arsenicales y de los mas recientes de Akatsut y Noguchi con el salvarsan, neo-salvarsan, mercurio y derivodos del yodo.

Las doctrinas quimio-terapéuticas del sabio de Francfort las conocemos todos y las citaremos sin detalles. Erlich observó como un medicamento capaz a una dosis determinada de destruir rápidamente los tripanosomas in vivo, crea por el contrario, si se le administra en dosis pequeñas, un hábito tal que en el curso de los ensayos posteriores los tripanosonas resisten indefinidamente a las dosis que en un principio hubieran bastado para destruirlos. Es decir, que, se crea una raza de tripanosomas arseno-resistentes que en lo sucesivo no podrá ser destruída sino por dosis muy superiores o la dosis primitiva. Este fenómeno, dice Emery, constituye la prueba experimental de la necesidad en estas enfermedades, de una terapéutica masiva con objeto de llegar a la destrucción tan completa y tan rápida como sea posible, de los micro-organismos.

Este fenómeno de adaptación en el treponema o de resistencia a los efectos parasitotrópicos del arsénico, mercurio y compuestos de yodo, ha sido demostrado por Akatsu y Noguchi en una serie de experimentos llevados a cabo en el Instituto Rockefeller de Nueva York. Dichos experimentadores cultivan el treponema en medios conteniendo arsénico, mercurio y yodo en cantidades suficientes para casi detener el desarrollo de la cultura sin destruirla por completo. Hacen de esa cultura siembras o subculturas a medios conteniendo mayores proporciones de dichas subtancias que las series precedentes. De esta manera, y después de cinco siembras, una hecha cada

dos semanas, Akatsu ha conseguido razas de treponemas que resisten perfectamente y siguen desarrollándose en un medio que contiene tres veces y medio la cantidad de arsénico capaz de destruirlos al principio. En el caso del mercurio la resistencia ofrecida por el treponema, o mejor aun, el grado de tolerancia obtenido fué más significativo. Los treponemas resisten, toleran y se acostumbran a desarrollarse en medios que llegan a contener hasta setenta veces la cantidad de bicloruro de mercurio capaz de matarlos en la cultura original. A la solución de Lugol, que fué el compuesto del yodo que usaron Akatsu y Noguchi en estos tan importantes como trasendentales experimentos, los tropenemas llegaron a ser cultivados en medios conteniendo aproximadamente tres veces la dosis inicial.

Tenemos demostrado pues, in vivo e in vitro, que usando dosis pequeñas de los únicos elementos que hoy tenemos en nuestro arsenal terapéutico para curar la treponemosis, llegamos a producir razas de treponemas arseno-resistentes y mercurio-resistentes, es decir, que, aumentando la resistencia de las agrupaciones protoplasmáticas químio-receptoras del treponema para el arsénico y mercurio, llega este a ser capaz de vivir en una sangre conteniendo una cantidad de arsénico o mercurio mucho mayor que la que podría resistir el organismo infectado sin seriamente comprometer su vida o gravemente lesionar alguno de sus órganos o sistemas vitales. Y en esto, señores, ha consistido, este ha sido el fracaso hasta hoy en el tratamiento de la sífilis. Y este gran fracaso en el tratamiento o mejor expuesto, en la curación de la treponemosis, lo demuestra de una manera palpable el gran número de sifilíticos el inmenso por ciento de terciarismo y la aterradora proporción de heredo-sífilis existentes en todos los climas, en todas las razas y en todas las naciones.

Brevemente vamos a tomar de las fuentes más autorizadas algunas cifras estadísticas. Osler ha dicho que desde el punto de vista de mortalidad la sífilis sigue a la tuberculosis y a las pulmonías. Landouzy, después de examinar detenidamente todos los pacientes en la clínica de Laennec, de París, durante diez años, encuentra el 18,75% de las mujeres sifilíticas y el 28.13 por 100 de los hombres padeciendo la misma infección. Esto arroja un 24 por 100 de sifilíticos comprobados en una clínica para toda clase de casos de medicina general como es la de Laennec en París. Erb reporta en 1914 el 12 por 100 de la población de Berlin sifilítica; Andry, el 28 por 100 de la población de Tolosa. Hermann Biggs reporta el 20 por 100 de la de New York padeciendo sífilis. En París hay el 15 por 100; en Londres el 12 por 100 aproximadamente. Rudin en un detallado

estudio encuentra del 60 al 70 por 100 de la población nativa de Algeria padeciendo de sífilis. En América, Vedder, examinando los reclutas para el ejército de los Estados Unidos nos reporta interesantísimos datos comprobados por reacciones de Wassermann. Los exámenes de los reclutas fueron hechos en el fuerte Slocum cerca de New York, y en las Jerfferson Barracks cerca de St. Louis. En New York la mayoría de los solicitantes eran muchachos de la ciudad, con costumbres propias de una urbe como la neoyorkina, mientras que los examinados en St. Louis venían casi todos del campo Eran solamente aceptados aquellos físicamente aptos para el servicio, teniendo especial cuidado en excluir los que presentaban algún signo de sífilis o tenían historia luética reciente. El 17 por 100 de los solicitantes fué aceptado y de estos, a quienes se les examinó la sangre por hábiles y competentes patólogos, el 16.7 por 100 estaban sifilíticos. Un dato curioso fué que el por ciento de sifilíticos entre los reclutados en New York y los reclutados del campo en St. Louis, resultó casi el mismo. Church examinando estadísticas y records de muchos hospitales y de un gran número de prácticas privadas calcula que el 25 por 100 de la población de los EE UU. padece sífilis. En Puerto Rico el por ciento de sifilíticos es mayor. En mi práctica, incluyendo toda clase de enfermedades, he obtenido un 37 por 100 de sifilíticos. Por comunicaciones personales de algunos de nuestros viejos clínicos he deducido un por ciento algo más elevado como es el 40-45 por 100.

En cuanto al terciarismo, desde que Wassermann aplicó a la investigación de los elementos específicos de la sífilis el método de Bordet y Gengou de la fijación del complemento, todos sabemos como la patología de la treponemosis ha sido enriquecida por un inmenso número de entidades morbosas antes pertenecientes al dominio de de la patología nerviosa general y al de las enfermedades mentales. Mattauschek y Piloz en 4134 casos de sífilis en el ejército austriaco ocurridos durante los años 1880 a 1890 encuentran, que hasta 1912, el 70.64 por 100 había muerto directamente de su sífilis o eran hombres inútiles, completamente inválidos, padeciendo parálisis, tabes o demencias específicas.

La heredo-sífilis constituye hoy el problema de vital importancia en todos los gobiernos y sociedades progresistas. Lucas reporta el 31% de los niños admitidos a uno de los hospitales para niños en Bostón padeciendo sífilis. En otro hospital para niños en Chicago, Churchill encontró el 30% de los pacientitos con una reacción específica fuertemente positiva. Yo opino, que nuestra cifra de heredo sífilis

supera las reportadas en estas dos capitales de Norte América. Resultaría cansado el traer ante vosotros el inmenso número de estadísticas sobre la frecuencia de la sífilis tanto hereditaria como adquirida; me he concretado a presentar una o dos en cada caso, y concluiré diciendo que tanto, entre nosotros como en el extranjero, un porciento alto, quizás más del 25% de la mortalidad infantil, incluyendo los natimuertos es debida a la sífilis.

El diagnóstico de la treponemos por el método de Wasermann o alguna de sus modificaciones ha sido tan ampliamente discutido y estudiado, que hoy podemos formar una idea más o menos neta de dichas reacciones.

Una reacción de Wasermann positiva indica la presencia de treponemas vivos en algún sitio en la economía, y especialmente si ella es persistentente. (Craig.) Una reacción de Wasermann negativa no excluye sífilis, dice Warthin, habiendo demostrado la presencia de treponemas en muchos órganos de individuos que dieron reacciones negativas durante su vida. Este fenómeno, según Qualls, se debe a que la reacción se ha estado practicando como una reacción cualitativa cuando en realidad es una reacción cuantitativa. Sequeira practicando la reacción de Wasermann por el método original obtiene el 90% positivo en los casos de sífilis primaria; 99% en los estados secundarios; 95% en la sífilis terciaria y el 100% en la sífilis congénita. Fell, examinando la sangre a 1266 pacientes admitidos consecutivamente al Elgin State Hospital, encuentra un 15% con una reacción de Wasserman positiva y de estos el 90.68% la daban fuertemente positiva. En el 1916, Resenberger examina la sangre a 5106 pacientes en el Hospital General de Filadelfia y concluye que, el método de Wassermann, usando un antígeno seguro es el de mas valor para el diagnóstico de la sífilis.

En cuanto a la leutina, la que he usado en un gran número de casos, no está considerada lo bastante específica para poder depender de ella para nuestros diagnósticos y menos como guía en nuestros tratamientos. Por consiguiente, en el diagnóstico de la treponemosis la reacción de Wassermann positiva constituye uno de los síntomas importantes de la enfermedad, pero no es suficiente para llegar a un diagnóstico definitivo cuando no va acompañada de signos clínicos evidentes. Ocupa, así pues, para hacer nuestro diagnóstico, una categoría de segunda importancia, después de los datos obtenidos en el examen físico del paciente y antes de la historia del caso. Admitir que la reacción per-se indica sífilis, es un error, sabido como tene-

mos que tanto el pian o yaws, la tuberculosis, la lepra, el carcinoma, la malaria y la escarlatina, dan, con frecuencia, una reacción positiva Si conseguimos, pues, eliminar estos factores, la reacción positiva tendrá para el clínico, junto con los datos obtenidos en el exámen físico y la historia del caso un valor que la experiencia es la única que sabe aquilatar.

En cuanto al pronóstico y curación del sifilítico, desgraciadamente solo tenemos la reacción de Wassermann para ayudarnos a decidir. Debemos pues ser muy conservadores en este particular. Lo más que podemos decir es, que, después de un tratamiento enérgico y largo con el arsénico y el mercurio, si durante un año nuéstro paciente no manifiesta signo alguno de la infección y dá una reacción negativa, practicada esta cada dos o tres meses, la última ocho o diez días después de una injección provocativa de neo-salvasan, nuestro enfermo tiene muchas probabilidades de estar curado.

La admínistración intravenosa del mercurio fué practicada por primera vez en 1893 por Bacelli de Roma. A Bacelli, le siguió Lane de Londres, quien en 1896 publicó en el British Medical Journal una hermosa monografía titulada, "The Treatment of Syphilis by Intravenous Injections of Mercury". Algunos otros clínicos siguieron a Bacelli y a Lane, entre ellos Bernat, Crune, Lydston, Kinsbury y Stukes, pero todos abandonaban el método intravenoso por la técnica difícil que requería y más particularmente por las frecuentes complicaciones que ocurrian debido a los procedimientos usados. Hasta 1915, el procedimiento empleado consistía en disolver la dosis de sal hidrargírica que se iba a administrar, en 5 o 10 cc. de agua esterilizada o de solución fisiológico para practicar la injección. Como es lógico suponer, estas injecciones producían muchos casos de flebitis y periflebitis con consiguientes peligros.

En 1915, Thompson introduce, siguiendo la técnica de Byrne por la injección intradural de suero mercurializado en el tratamiento de la sífilis cerebro espinal, un procedimiento original para la administración intravenosa del mercurio. Thompson obtiene por venipunción de 40 a 50 cc. de sangre en un tubo previamente esterilizado al autoclave. El suero obtenido de esta cantídad de sangre es sometido a una rápida centrifugalización para obtenerlo lo más claro posible. Separadamente se prepara una solución que contenga 22 miligramos de cloruro de mercurio por c. c. de agua destilada y esterilizada, El suero previamente centrifugalizado se separa en dos tubos conteniendo respectivamente la tercera y las dos terceras partes de dicho sue-

ro. Al suero contenido en el primer tubo se le agrega de la solución de mercurio en la proporción de 1 cc. de solución hidragírica por 2 cc. de suero. En esta mezcla se forma un precipitado de albuminato de mercurio que se disuelve al agregarle el resto del suero que se había separado en el segundo tubo o sean las dos terceras partes restantes. Este suero mercurializado así obtenido contiene 22 milígramos de Hg. por cada 7 cc, de suero. Se observó lo difícil que era mantener el albuminato de mercurio en solución en el suero así preparado, pero pronto se descubrió que sometiéndolo durante media hora a 55 grados C. al baño maría la solución se mantenía indefinidamente. Desde luego, este es un método imposible de practicar excepto en una clínica dotada de un magnífico laboratorio con personal eficiente como la tiene el Dr. Thompson en Hot Springs en Arkansas. Su técnica difícil, extremadamente complicada, no solucionaba, el conflicto en la administración intravenosa de las sales de mercurio en la sífilis. El año pasado, Nixon nos describe otro método algo más simple que el de Thompson, pero que ofrece todavía algunas complicaciones en su técnica. Dicho autor, prepara una solución al 2 por 100 de bicloruro o benzoato de mercurio. En una jeringuilla estéril de 20 cc. de capacidad obtiene 19 cc. de solución fisiológica a la que agrega valiéndose de una pipeta esterilizada la cantidad de solución de mercurio que contenga la dosis de sal que desea injectar. Juntas las dos soluciones, aspira de una vena en la flexura de un codo 10 cc. de sangre. Obtenida la sangre, retira la jeringuilla para mezclar ambos líquidos y procede a injectar la solución así obtenida Este proceder de Nixon, aunque bastante sencillo y rápido y que se puede practicar en el gabinete tiene a mi entender, algunos detalles bastante complicados.

Hace próximamente dos años. y partiendo de los experimentos de Byrnes como base. vengo practicando con éxito del todo satisfactorio el método, para la administración intravenosa del mercurio, el cual me propongo traer ante vuestra consideración.

Byrnes, demostró experimentalmente que 5 cc. de sangre contienen suficiente albumina para transformar cualquiera cantidad de mercurio corrosivo e irritante en un albuminato soluble, desprovisto de dichas cualidades delectéreas a la vena. Sabido es que el mercurío en cualesquiera forma que se le administre y cualesquiera que sea la vía por la cual sea introducido en el organismo, llega a la sangre en la forma de una combinación soluble con las albuminas. constituyendo según Mialke, cloro-albuminatos, o de acuerdo con Blonrbeg oxi-cloro-albuminatos. Por consiguiente, ni se necesita la gran cantidad de sangre usada por Thompson y Nixon para practicar la injección, ni es necesaria la complicada técnica descrita y hasta ahora empleada

Mi técnica es como sigue: Una jeringuilla de 10 cc. de capacidad y una aguja de platino de tamaño corriente, peqneño, es todo el instrumental necesario, además de lo usual para hacer una injección intravenosa una operación completamente aséptica,

Las soluciones de mercurio empleadas han sido las de Poulenc, Erba. Clin, o Park & Davis, en ampolletas conteniendo o, Gms. 01 o o Gms. 02 de sal hidrargírica por cc. de agua.

Previamente esterilizada la jeringuilla y aguja se aspira la solución de mercurio conteniendo la dosis de sal que se desea administrar. Inmediatamente se aspiran 8 cc. de solución fisiologica recientemente esterilizada y lijeramente tibiada al baño maría. Vaciado al aire que pueda contener la jeringuilla, se punciona una vena de la flexura del codo previa esterilización con tintura de yodo, alcohol y eter sucesivamente. Se aspiran a la jeringuilla de gramo a gramo y medio de sangre que se mezclan con la solución de mercurio en la jeringuilla imprimiendo a ésta movimientos rotatorios que se efectúan al mismo tiempo que se hace la aspiración de la sangre. La perfecta unión de los dos líquidos se efectúa inmediatamente, resultando una solución transparente de un color rojo vivo. La injección se practica muy lentamente después de soltar la banda elástica que se había aplicado al brazo para obtener la dilatación venosa Usando una aguja delgada, y con una punta bien fina, podemos practicar la injección en venas pequeñas, y evitarnos el administrarla rápidamente salvando así los peligros de las complicaciones, siempre tan temidas en las operaciones intravenosas.

Durante el tiempo que vengo practicando este método original en el tratamiento de la treponemosis en combinación con el salvarsan y sus derivados, no he tenido un solo caso de flebitis, peri-flebitis u obleteración venosa por contracción, en mas de setecientas injecciones que he administrado.

Desde luego que el tratamiento mercurial solo, nunca debe constituir una cura en la sífilis. El tratamiento debe ser combinado, mixto de arsénico, mercurio y los yoduros. Diez o doce o más injecciones de neo-salvarsan de 45, 60, o 90 centígramos, practicada una cada cuatro o seis días, y de veinte a treinta injecciones de mercurio de ½, 1, 2, 3 centígramos de sal hidrárgica, administradas en días alternos constituyen una cura-serie que repito, si al mes de la última injección el paciente presenta algún signo clínico de la infección o hay una reacción de Wessermann positiva persistente.

Si la sífilis es reciente, si las lesiones no están lejos del riego sanguíneo, como pasa con ciertos focos de treponemas en los conductos oseos-craneanos, etc.; puede realizar el salvarsan la terapia sterilisans magna de su invector, pero esto, será la excepcción, lo general es, que deba recurrirse, y se debe siempre recurrir, al mercurio, para llegar a agotar esos focos que siempre y tempranamente se forman en toda infección sifilítica.

BIBLIOGRAFIA

Wright and Richarson O. Treponemata (Spirochoetae) in syphilitic Aortitis, Publ. of the Mass. Gen. Hosp. 1908-09, II 395.

Schmorl G., Citado por Noguchi, Spirochoetes, The Am. Jour of Syphilis, Vol. 1. No 2. April 1917.

Jacquet, L. y Sézary, A. Surrénalite syphilitique de l' adult, Bull de la Soc. med. des Hospitaux, 1906, XXIII: 314: Des formes atypiques et dégéneratives du Treponema pale, Ibid., 1907 XXIV, 114.

Levy—Bing y Emery—El micro-organismo de la sífilis--Ed. Calleja, Madrid, 1915.

Nichols y Hough: Demonstration of Sp. pallida in the cerebrospinal Fluid form a Patient with nervous Relapse Following upon the use of Salvarsan, Jour. Am. Med. Ass. 1913, Vol. IX, 108.

Sézary, A. y Paillard, H., Treponéme dans le liquide cephalorachidien an course de l' hemiplegie syphilitique, Compt. rend. Soc. de Biol. 1910, LXVIII, 295.

Ehrlich y Hata-Espirilosis—Ed. Calleja, Madrid.

Uhlenhuth, P., y Mulzer. P, Citados por Noguchi en Spirochoetes, Am. Jour. of syphilis, Vol. 1, No. 2.

Graves, W. W. Can Rabbits be injected with syphilis Directly from the bloods of General Paretics? Jour. Am. Med. Ass. 1913, LXI, 1504.

Noguchi, H. y Moore, J. W. A Demonstration of T. Pallidum in the Brain in cases of General Paralisis, Jour. Exper. Med. 1913, XVII, 232.

Marinesco, G. y Minea, Relatión entre les Treponema pallidum et les lésions de la paralysie générale, Comp. rend. Soc. de Biol. 1913, LXXV, 231.

Levaditi, Marie, y Bankowsky. Le treponéme dans le cerveau des paralytiques généraux, Am. de l'Inst. Pasteur, 1913 XXVII, 577

Wile, U. J, Experimental Syphilis in the Rabbit Produced by the Brain Substance of the Living Paretic, Jour. Exper. Med. 1916 XXIII, 199.

Reasoner, Some Phases of Experimental Syphilis, Jour. Am. Med. Ass., Vol. LXVII No. 25, Dic. 16, 1916, pag. 1799.

Nichols. Observations on the Pathology of Syphilis, Jour. Am. Med. Ass., Aug. 8. 1914, p. 466.

Noguchi. Jour of Exp. Med. 1912. Vol. XV. No, 2.

Hartwell. The Isolatíon of Spirochoeta Pallida from the Blood in Syphilis. Jour. Am. Med. Ass. July 11, 1914. Vol. LXIII, No. 2. page 142.

Nichols y Hough. Further studies on the spinal fluid with Reference to the Involvement of the Nervous System in Early Syphilis, J. Am. Med. Ass, Vol. LXIV No. 18. Mayo 1 1915.

Wile. Udo J. y Stokes. John. M., Involvement of the Nervous System during the Primary stage of Syphilis, J. Am. Med. Ass., Vol. LXIV No. 12, March 20, 1915.

Landauzy, L., La syphilis, avant la guerre: mecounaissance de son extreme frequence. "Bulletin de l' Académie de Médicine, Paris. Vol. LXXV. No. 16. April 18 1916. pp. 425-452.

Emery E. 1914 Tratamiento de la Sífilis. Ed, Calleja Madrid.

Thompson—L., Syphilis, Diag. and Treat. Ed. 1916.

Nicolás. Tratamiento de las Enfermedades Venéreas. Sífilis Biblioteca de Terapéutica, Gilbert y Carnot.

Biggs. Hermann H., Report of the General Medical officer for the city of New York. Monthly Bulletin of the Dept. of Health, June 1913, Vol III No 6 p. 143.

Lesser E. Enfermedades Venéreas—Ed. Salvat, Barcelona 1916.

Peyrí—Los nuevos Preparados Arsenicales en el tratamiento de la sífilis—Boletín de la Universidad de Barcelona 1915.

Power and Murphy—Sytem of Syphilis. Second Ed., Oxford Med. Publications.

LA INTERVENCION QUIRURJICA EN LAS PERFORACIONES INTESTINALES DE LA FIEBRE TIFOIDEA

COMUNICACION A LA ACADEMIA DE MEDICINA DE CARACAS EL 27 DE MAYO DE 1995

Por Francisco H. Rivero, M. D., D. C., I. C.

Lo primero es hacer el diagnóstico. Muy fácil en ocasiones por lo completo y hasta dramático del cuadro; lo es muy difícil en otros, por lo atenuado de las reacciones, o por lo exíguo, y hasta por lo disfrazado del tren sintomático.

Efectivamente como muy bien ha dicho Chantemesse-y esto lo sabiamos ya-la perforación intestinal, en sí, no dá síntomas: ella se hace ostensible por la peritonitis que determina al permitir vaciarse más o menos, a su través, el contenido intestinal; por consiguiente la sintomatología de la perforación en la fiebre tifoidea es la de todas las peritonitis por perforación. Ahora bien, la gran serosa reacciona diversamente según las circunstancias como se haya infectado, según la virulencia del agente, según condiciones particulares individuales respecto a su modo de defenderse, según la mayor o menor impregnación tóxica de los centros nerviosos.

Así, por ejemplo, una perforación grande en un tifoidico diarréico, en el segundo septenario, con leucopenia, es un desastre: es un enfermo que defeca en su peritoneo, según la gráfica expresión de mi genial maestro Pierre Delbet, y que lo hace por añadidura en peritoneo libre, en una serosa que no ha tenido tiempo ni condiciones para crear adherencias. En este caso, excusado es decir, cuan ruidoso es el cuadro sintómatico y cuan grave casi siempre el pronóstico. En cambio, una perforación pequeña, única, en un tifoídico extreñido, en la 4ª semana del proceso o durante la convalescencia, cuando ya el individuo ha tenido el tiempo de fabricar su inmunidad (Delbet), con una serosa bien acondicionada para crear adherencias, con una franja epiploica cercana, es evidente que ha de dar síntomas muy atenuados: es un caso de pronóstico favorable, tan favorable que, en rigor, ha podido curar alguna vez sin auxilios quirúgicos. En los casos de forma adinámica grave, por tanto de severa hiperintoxicación de los centros, las reacciones locales casi no existen—estos son los casos disfrazados que he llamado—y en que la facies del enfermo es el primer signo y acaso el más importante.

Al lado de estos tres tipos hay cabida para diversos cuadros.

El estudio de los pricipales síntomas robustecerá lo que venimos demostrando.

1º—Dolor brusco e intenso en el flanco derecho.

Esto es lo clásico, la puñalada. Sin embargo, en muchos casos

el dolor no es ni súbito ni intenso.

A veces son dolores abdominales, suaves, difusos, de los que ni se queja el enfermo: al siguiente día o al tercero es cuando viene a localizarse al flanco derecho o a la región umbilical, En otros lo que priva es la facies peritoneal, sin ningún dolor en el vientre, o mejor dicho con dolor tardío.

2º—Defensa muscular, Esta se localiza al músculo recto del lado derecho, pero a veces se generaliza constituyendo el vientre de madera. No hay que esperar ni contar mucho con esta generalización de la contractura abdominal. Entiendo que la contractura muscular es uno de los signos de mayor valor diagnóstico y de aparición más precoz: hay que buscarlo siempre con mucho cuidado. Woolsley, cirujano del Bellevue de New York, enfatiza la rigidez de la parte inferior del abdomen. Forbes Hawkes (Medical & Surgical Report of the Presbysterian Hospital of New York-July 1912) insiste sobre la rigidez abdominal localizada a un segmento del recto del lado derecho. En cambio Morestin (2) cree que es un signo, cuando menos, instable: él refiere algunos casos en que fué llamado a intervenir sin encontrar la defensa de la pared, no obstante haber sido netamente comprobada algunas horas antes por Chantemesses o sus internos, Por el contrario lo ha hallado junto con otros síntomas importantes, ha abierto el vientre, y no ha encontrado ninguna perforación sino una peritonitis por propagación.

30:—Descenso brusco de la temperatura. Todos los que hemos estudiado nuestra patología interna en la obra de Dieulafoy o tuvimos la suerte de oir sus lecciones en la Facultad o en la Clínica del Hotel-Dieu, sabemos el valor de primer orden que atribuía a la hipotermia brusca. Hoy no se le dá tanta importancia, En ocasíones se presenta; en otras la temperatura no se modifica; en algunas hay hipertemia y hasta hiperpirexia. Quenu (3), eu cambio, ha notado este síntoma junto con otros, muy significativos, en casos de tifoidea sin que hubiese perforación, y agrega que Guinón le ha referido haber observado con frecuencia la hipotermia, en niños tifoidicos a quienes se había aplicado hielo al vientre durante muchas horas.

Además de estos tres síntomas cardinales hay que señalar las náuseas y vómitos (muy inconstantes), la rapidez del pulso (inconstante), la facies peritoneal, la sonoridad hepática. Cabe agregar, los trastornos vesicales, con micción dolorosa o penosa, por propagación flogósica al peritoneo perivesical (caso de Sieur). El dolor propagado al cordón y testículo derechos (caso de Michauy). Y por último

el señalado por Chantemesse (4): la epilepsia espinal provocada del lado de la lesión por enderezamiento brusco del pié sobre la pierna: es para su autor, un signo bastante precoz.

No hay que contar mucho con el examen de la sangre: no existe una fórmula hematológica que pueda servirnos de guía seguro. A veces se ha encontrado leucopenia, otras leucocitosis con polinucleosis. La leucositosis precedería a la leucopenia que aparece en las peritonitis difusas.

No existe, pues, ningún síntoma patognomónico. Hay que buscar y saber buscar los que existen, y contentarse con muy poco. En todo caso, hay algunos bastantes constantes aunque en ocasiones tardíos, como hemos visto.

Hay que insistir particularmente sobre el dolor brusco o casi localizado al flanco derecho o a la zona umbilical; la contractura de la pared, en especial del músculo recto o de un segmento de él; por último sobre la facies, que traduce la infección y la angustia.

Lo más serio de todo es que en oportunidades se vé reunido un conjunto sintomático bastante completo: el cirujano interviene y no haya ninguna perforación. Ahí está la observación de Rochard (6): "tifoídico con facies gripada, ojos hundidos, sudor frío, dolores violentos en todo el vientre, contractura de la pared abdominal, caída brusca de la temperatura." Ninguna perforación. Los casos de Tuffier (7), Morestin (8); Alglave y Bonneau (9), Delorme (10), con síntomas bastantes netos de perforación, son laparatomizados y no se encuentra ninguna. Estos cinco enfermos soportan sin contratiempo el acto quirúrgico; Mitchell (de Filadelfia) (11) cita una serie de 93 casos operados en el Hospital Pensylvania : en 74 de ellos se comprobó la perforación; no así en 19 de los cuales murieron 11, sea un 57, 8% de mortalidad. Hays en una serie de 19 operados no ha hallado perforación en 2, lo cual no ha sido óbice para que curen. Los cirujanos franceses citados no tienen por qué arrepentirse. Los norteamericanos no han sido tan felices en todos sus casos; así, y todo, puesto que no existe hasta ahora un criterio que permita, en esas circuntancias, diferenciar unos de otros, todos están por la intervención. Más aún. Solier (de Viena), citado por Quénu (Journal des Practiciens-1909-Pág. 787) es partidario acérrimo de la intervención en los casos dudosos, pues si no se encuentra perforación, se pueden prevenir las próximas a producirse, envolviendo el asa sospechosa con un pedazo de epiplón, constituyéndole, así, una vaina protectora, verdadera envoltura biológico.

Sólo dos palabras sobre pronóstico. Depende éste ante todo de la resistencia del enfermo, del grado de la toxemia y del estado en

que se hallen sus principales órganos de defensa; de su aparición precoz en el segundo septenario (muy mal pronóstico), o bien en la cuarta semana de la convalescencia o en las formas ambulatorias (pronóstico menos severo); de la precocidad del diagnóstico y de la precocidad de la intervención; de la rapidez con que ésta se efectúe. Varía también el pronóstico con la calidad y la cantidad de anestecia y con la clase de operación quirúrgica.

La cuestión vista bajo su faz terapéutico-quirúrgica comprende el estudio de las indicaciones, la anestecia y los métodos operatorios.

Indicactones:—Que está indicado para hacer frente a un tifoso en quien hayamos diagnosticado una perforación intestinal? Operarlo enseguida. Aún cuando el diagnóstico sea dudoso debemos proceder al acto operatorio puesto que el enfermo tiene mucho que ganar si existe la perforación, y nada que perder, en la mayoría de las veces, si no existe.

Ya, antes, anotamos la estadística francesa en los casos dudosos operados sin perforación, con cero de mortalidad, y la de Mitchell con alguna, la cual no sería justo imputarla siempre al acto quirúrgico.

Ademas, la técnica es tan sencilla y tan breve, que seria punible cobardía no realizarla: ojal abdominal en la línea media entre el pubis y el ombligo, y rápida inspección a su través; es cuestión de cinco minutos.

Sólo está contraindicada la intervención cuando nos encontremos con un corazón hrevemente tocado, un estado de adinamia profunda con leucopenia bajísima y con las extremidades frías, puesto que es un enfermo en el vestíbulo de la agonía, a cuyo fallecimiento no debe contribuir el cirujano.

Aparte de los moribundos, deben operarse todos los demás.

Yo no ignoro que esa no es la opinión de todos. Yo sé que muchos internistas son muy refractarios a la intervención. Sé perfectamente que muchos opinan que hay perforaciones intestinales que ceden al tratamiento médico, lo cual es muy cierto. Conozco los trabajos de Chantemesse y estoy convencido que es un coloso en cuestiones de dotimenteria, y estoy al tanto de su método de tratamiento por el nucleinato de soda y el sobrecalentamiento abdominal por aparatos especiales. Y por encima de todo están los hechos, Perforados del intestino curados y nc operados, y que han tenido la suerte de que adherencias tutelares. intestinales o epiplóicas, obturen el orificio, o no lo obturen de seguida, sino que enquisten la infección, por así decirlo. Y allí están para atestiguar esta emergencia, casos de Tuffier y Hartman (Bull ee la Societé de Chirurgie-1908) en los cuales estos cirujanos han abierto, durante la convalescencia, colecciones pioester-

coráceas de la fosa ilíaca derecha o que hacían prominencia en el recto y curados sus pacientes.

Ahí están por último, las hojas de autopsias de diotimentéricos muertos de otra complicación, con su perforación cicatrizada. Todo esto es muy hermoso, y, de modo aparente, en contra de la acción quirúrgica, o al menos, restrictivamente, en su favor.

No hay tal' La perforación intestinal es una complicación gravísima que no se puede abandonar a los solós cuidados de la natura medicatrix, por más providente que ésta sea, ni aún ayudada por medios cuya eficacia es harto hipotética, y que por tanto, en muy poco, pueden aligerar un organismo en completo estado de handicap.

Más todavía. Hasta el presente momento no disponemos de elementos clínicos ni hematológicos suficientes para distinguir de una manera evidente como es de rígor en estos casos—esas perforaciones que pueden curar, gracias al tratamiento médico. Y por más que Chantemesse nos diga qce él ha curado varios perforados sifi necesidad del cirujano, por más que él haya visto desfilar, en diez años, 2,000 tíficos, como jefe del servicio del Bastion 29, él no nos ha señalado un cuadro sintomático inequívoco, no nos ha dado estos datos precisos, evidentes, como lo requiere la cuestión, para diferenciar los casos tributarios del tratamiento médico o de la acción, quirúrgica. El, personalmente, parece poseer una visión especialísima en el diagnóstico a que aludimos, compuesta de matices y detalles, fruto de su vastísima experiencia; pero ello no es lo bastante para autorizarnos, a seguir una conducta que puede resultar muy peligrosa. Actuar en esas condiciones es ceñirse en cierto modo, a lo eventual; y sí algunos, en la vida, se agarran de lo fortuito y se entregan en brazos del azar. no es esa la regla de conducta que debe presidir a nuestros actos en la elevadísima misión de dadores de salud. Nuestro deber es allegarnos al mayor número cuando no la totalidad de las probabilidades de éxito: y el mayor número está, sin disputa de parte de la cirugía.

Anestesia:—La anestesia no es como creen algunos; cosa de segundo orden. Es cuestión esencial y particularmente en estos casos. Hay que posponer en lo posible el cloroformo, veneno efectivo de la célula hepática, asaz comprometida en la fiebre tifoidea. Hay quienes lo han empleado, a muy pequeñas dosis, sirviéndose, del Ricard o del Roth-Drager.

Doy siempre mis preferencias al éter, menos tóxico que el cloroformo, y se las daría con mayor razón en este caso, procurando hacer una anestesia superficial. El aparato de Ombrédanne, de fácil manejo y bastante preciso en la graduación de lá doxis, es muy ade-

cuado. Yo me sirvo de él hace cúatro años en mi práctica general; y estoy muy satisfecho. Si el estado del tracto respiratorio lo contraindicase. se recurrirá a la anestesia local con novocáina o quininaurea. Aún con la contraindicación bronco-pulmonar anotada, algunos cirujanos norteamericanos usan, en su práctica corriente el éter calentado sin ningún inconveniente.

Siempre que fuere posible convendrá preferir el método Crile (12), la anoci-asociación, que consiste en combinar la anestesia local con novocaina, a la general con éter calentado o mejor con protóxido de ázoe-oxígeno. Dicho método sería un ideal por cuanto el shock-operatorio quedaría totalmente abolido.

Métodos operatorios:—(*a*) *La sutura.* Ha sido el método más generalmente favorecido por los cirujanos.

Su técnica consiste en aislar el aza enferma y hacer la reunión del punto o puntos, ora en bolsa, ora linealmente; reforzándola con un segundo plano el cual se hace a puntos separados o en hirván! Para mayor seguridad algunos lo cubren con un trozo de epiplón. La estadística total francesa, a este respecto. recogida por Maurice Cazin hasta 1904 (Semaine Medicale, Janvier, 1904) daba tan solo 49 operados con 40 muertos y 9 curaciones. De 1904 a 1908 sólo son operados en Francia, 2 casos con 4 curaciones, sea un 33% de éxito. Las estadísticas norte americanas son muy ricas en casos, y algunas dan un percentaje mayor de curaciones; verbi gracia, la de Harte & Ashurt (1904). cen 352 casos operados, que se descomponen en 94 curados y 268 muertos. sea cerca de un 26% de éxitos; la de Woolsley con 17 casos de los cuales él opera personalmente 6 con 5 éxitos; la de Manges con 16 operaciones y 5 éxitos, sea poco más de un 33% (estadísticas citadas por Michaux). La sutura a pesar de sus ventajas, tales como sencillez y rapidez en la técnica son factores especialísimos de éxito—tiene graves inconvenientes, imposibles de preveer y casi de subsanar, tales como la reproducción de la perforación y la aparición de otras en el segmento intestinal. sin contar con que a veces los tejidos circunvecinos están tan friables, duros o edematosos, que dificultan notablemente las maniobras o dan muy pocas garantías de solidez. En vista de tales eventualidades, que ensombrecen tanto en pronóstico, los más de los cirujanos lo han proscrito y recurrido a otra cosa.

(b) *Resección Intestinal.* Es una operación muy racional puesto que suprime no sólo la peforación sino toda la zona sospechosa; más debe ser desechada por tratarse de un acto largo, traumatizante, que exige múliples maniobras intra-abdominales dentro de una cavi-

dad ya infectada. Es una operación muy difícilmente soportada por los tíficos.

(c) *La Ileosigmoidostomia.* Souligonx ha propuesto la exclusión del segmento enfermo por medio de esta intervención. Tiene análogas ventajas teóricas que la anterior y los mismos inconvenientes, por lo tanto, hay que rechazarla.

(d) *La Enterostomia.* Desde el año de 1903, Escher (de Trieste) (13) en vista de los inconvenientes y fracasos de la sutura aconsejó y puso en práctica la enterostomía, o, para ser más precisos. en el tecnicismo, la ileostomia como tratamienro de la perforación en la fiebre tifoidea. Al efecto, después de abrir el vientre en la línea media, busca el asa lesionada y fija cou suturas los bordes de la perforación a la piel creando así un ano artificial.

Escher apoya sn método en las siguientes razones: 1ª la rapidez y sencillez del acto quirúrgico: 2ª disminución del shock operatorío; 3ª desagüe contínuo de líquidos intestinales y por tanto de toximas; 4ª disminución de la tensión intraintestinal, y, como cansecuencia pocas probabilidades de producirse nuevas perforaciones y el tan temido ileus paralítico

Abona su modo de actuar la tésis sostenida desde época anterior, sobre el empleo de la enterostomia en las fiebres tifoideas graves, las perítonitis difusas y el ileus paralítico.

Escher sostiene, además. que la sntura de la perforación y el drecaje de la gran cavidad peritoneal pueden luchar ventajosamente contra la peritonitis; pero no contra las reabsorciones sépticas, la auto-intoxicación; y de allí que él fistulice el intestino. Presenta, en su favor, 4 casos operádos con tres curaciones, sea un 75% de éxitos.

Para 1908 Hays inspirado en esos trabajos, hace la enterostomia en 8 casos; ha obtenido 3 curaciones; de los 5 casos fatales restantes 2 los son por una afección intercurrentes (pulmonía); así es. pues que obtiene un 75% de éxitos operatorios.

Emile Duval, siguiendo esas huellas, opera con éxito un caso a la manera Escher, en Marzo de 1910, y presenta su observación a la Sociedad de Cirujía de Paris, sirviéndole de ponente Lejars (Bull. Societé Chirurgie 1911--pág. 984). Presenta además una estadística de 22 casos de entorostomia con un 47% de curaciones, E. Duval (14) defiende esta intervención con tanto calor, en su tésis doctoral, hasta llegar a instituirla como tratamiento sistemático.'

Es indudable que este método tiene grandes ventajas, qne ya hemos señalado, y su superioridad sobre la sutura salta. a la vista. Mas aparte de la sistematización no debe existir en terapéutica por la sencilla razón de que todos los casos no son iguales, cabe pensar,

que, en rigor, pueden producirse nuevas perforaciones, las cuales se harían entonces dentro de la cavidad abdominal. Además, la cura ulterior del ano artificial, si bien puede ser muy sencilla en ocasiones, y hasta obturarse aquel expontáneamente, en otras ha habido que practicar una laparatomia a distancia seguida de ileosigmoidostomia previa y resección secundaria del cabo aferente (Caso de Emile Duval operado por Lapointe.)

(e) La Exteriorización del Asa.—Esta intervención consiste en traer el asa enferma fuera de la cavidad abdominal y fijarla por una cuidadosa sutura al peritoneo parietal, realizando así una verdadera ileopexia. Fué indicada y llevada a la práctica por Fix y Gaillard (15), desde 1903. Ellos presentan en su trabajo 4 casos con 3 curaciones, sea un 76% de éxitos. Los autores no se limitan a exteriorizar el asa, sino que suturan las perforaciones.

En Septiembre de 1909, el profesor agregado Pierre Duval opera un niño de doce años de edad, en estado gravísimo haciéndole simplemente la exteriorización del asa, seguido de un amplio drenaje peritoneal, y logra salvar su enfermo. Este caso es expuesto ampliamente en una lección clinica de su maestro Quenú (16), en el Hospital Cochin, donde defiende con entusiasmo este método terapéutico, y señala una estadística de 15 casos más operados por este medio, con 10 curaciones.

Pierre Duval hace la cura ulterior del ano, suturando el orificio ileal después de haber hecho la liberación intraperitoneal del asa abocada, seguida de una ileocolostomía de seguridad.

Más tarde Chevrier, en Febrero de 1912, opera otro caso de perforación, en un paralítico, haciendo la exteriorización, salvando a su enfermo y presentándolo a la Sociedad de Cirujía de Paris. Ed. Schwartz sirve de ponente a su estudio (Bull Societé Chirurgie-1913). Otro caso operado posteriormente por Chevrier fracasó debido a una evisceración producida al tercero día por no haberse fijado bien con suturas, el asa a la pared. El caso curado requirió un tratamiento largo para el cierre del ano artificial, y éste consintió en cuatro intervenciones, que Schwartz describe así: 1ª en mayo—Tentativa de oclusión de las fistulas por desprendimiento de la mucosa y sutura. Fracasó: 2ª en julio—Laparotomia lateral; exclusión unilateral del asa perforada y enteroanastomosis ileocólica: 3ª en septiembre.— Se quita toda el asa que había sido excluida, y que no excretaba sino moco. Se reseca 1.34 de intestino delgado por haber sido hecha la exclusión mucho más allá de las fístulas: 4ª en diciembre.- Hace la cura de una eventración lateral.

Para evitar tanta operación complementaria Schwartz sugiere la técnica siguiente: después de algunos días de exteriorización del asa,

hacer la abrasión con el termocauterio y, luego, la resección del espolón transformando así el ano intestinal en una fistula, capaz de cerrar expotáneamente o por sencillas maniobras.

Descritos los distintos metodos quirúrgicos empleados hasta la fecha, réstanos saber con cual o cuales hemos de quedarnos.

La reunión simple, la sutura, está hoy rechazada por no darnos garantía suficiente. Expone a la reproducción *in situ* o a la aparición de otras nuevas perforaciones de continuidad del intestino, absolutamente fatales para el paciente. La resección intestinal y la ileosigmoidostomía son muy buenas teoricamente, pero son actos complejos y largos que no se avienen con la resistencia del enfermo.

Descartados aquellos métodos quedamos en presencia de dos medios de acción: la enterostomía (operación de Escher no de Hays como he leido.

Yo estimo que la exteriorización del asa debe preferirse a la enterostomia, la cual tiene sus indicaciones especiales. La enterostomia, no pone al enfermo al abrigo de nuevas perforaciones las que al producirse quedarían dentro del abdomen y por tanto desarmado el cirujano; además, hecha sistemáticamsnte como lo pretende Emile Duval, se va, en ocasiones más allá de lo que pudiéramos obtener con menos como lo explicaré más adelante. Y por último nos expone, posteriormente, a practicar operaciones, que pueden ser múltiples y difíciles.

En cambio la exteriorización nos pone por delante toda el asa enferma, y por consiguiente, caso de producirse nuevas perforaciones las tenemos a la vista para tratarlas. Además exteriorizada el asa, podemos optar por dos soluciones: o cerramos las perforaciones (casos de perforaciones puntiformes, con tejidos circunvecinos en buen estado, con un estado general no muy grave), o las dejamos abiertas fistulízadas, es decir dejamos enterostomizado, al natural, el intestino (casos graves de tifoidea con perforaciones precoces y en los cuales está tan indicado el desague del intestino). Por cuanto respecta a la cura ulterior del ano contranatural; es evidente que no tendremos que recurrir a ella en los casos de exteriorización con sutura, sino reintegrar simplemente, y en su debido tiempo, el intestino dentro del vientre; no así cuando se hayan dejado fistulizadas las perforaciones (enterostomizadas): en esta eventualidad quedan equiparados los dos métodos. Pero de una vez digamos que esta circunstancia no debe detenernos pues existen observacionos en que el ano artificial se ha cerrado expontáneamente, o bien la sutura del orificio ha bastado a su oclusión, sin olvidar que disponemos de la sencilla maniobra que nos ha sugerido Ed. Schwatz. No quiero terminar este

asunto sin advertir que por ningún concepto debe procederse a la cura del ano artificial sino después de algunas semanas de pasada la convalescencia, cuando el enfermo esté bien fuerte, so pena de exponerlo a graves desastres.

Por manera, pues, que sin rechazar la enterostomia no podemos aceptarla como operación sistemática. Y al preferir la exteriorización del asa no cometemos el pecado de sistematizar, como parece a prímera vista, puesto que ésta es una operación liberal, en el sentido que nos permite solucionar el problema según las diversas circunstancias en que se presente, es decir, obturando o no la perforación, haciendo una enterorrafia según convenga el caso.

No debemos terminar este capítulo de terapéutica, quirúrgica, sin mencionar la conducta seguida par Jacob (del Val de Grace) en un caso de múltiples perforaciones que ocupaban una extensión de 30 centímetros del intestino. Imposibilitado de exteriorizar un asa tan larga, síguió la técnica profiláctica aconsejada por Solieri (ya citado), y que empleó aquí como medio curativo: envolvió toda el asa enferma con el borde libre del epiplón, suturándolo bien de modo a constituirle una vaina protectora. Su enfermo continuó bien hasta el 10º día, en que aparecieron nuevos fenómenos peritoníticos, y murió. A la autopsia se vió que el epiplón había adherido en toda su extensión, pero se había formado una nueva perforación por encima. Apesar de este fracaso conviene tener en cuenta esta maniobra y realizarla a falta de otra mejor en casos análogos.

Para terminar vamos a describir la técnica de la exteriorización del asa junto con algunos detalles qne importa conocer. 1º Laparotomia pararectal derecha. La preferimos a la hecha sobre la línea media pues vale más utilizar esta vía para el perfecto drenaje del Douglas, que es punto esencial del tratamiento ulterior. 2º Se va directamente al ciego y se busca a partir de allí, en el intestino delgado el sitio o sitios de la perforación y se aisla el asa con compresas. 3º Se limpia muy bien el contenido sucio de la cavidad peritoneal con torundas embebidas de solución salina normal tibia y después con torundas empapadas con éter. 4º Se hace, luego, una contra-abertura en la línea por donde se introduce un tubo grueso hasta el fondo del Douglas, fijándolo a la pared, y otra en la fosa ilíaca izquierda, que se drena también con tubos. 5º Se fija el asa enferma ya exteriorizada, al peritoneo parietal, haciendo una buena sutura con puntos en U, y fijando bien los puntos comisurales (temor de evisceración). Como complemento indispensable, se coloca al enfermo en posición de Fowler, para que los líquidos corran fácilmente hacia el Douglas; se le somete a la enteroclísis, gota a gota, a la manera de Murphy, sea con solución salina isotónica simple

ó adicionada, o con suero glucosado, según convenga al caso. La cuestión del drenaje, repito, es esencial y hay que ayudarlo eficazmente haciendo la aspiración de los líquidos a través de sondas blandas introducidas, hasta el fondo, en los tubos de desagüe.

Doy término a este estudio reasumiéndolo en las siguientes proposiciones:

1º: El diagnóstico de la perforación intestinal en la fiebre tifoidea debe hacerse lo mas precozmente posible.

2º:—El pronóstico es siempre grave.

3º:—El tratamiento profiláctico consiste en el empleo del suero antitífico.

4º:—El único tratamiento efectivo es la intervención quirúrgica.

5º:—Aún en los casos de diagnóstico dudoso debe intervenirse.

6º:—El acto quirúrgico consistirá en la exteriorización del asa enferma, seguido o no de la sutura de las perforaciones: según el caso, y estableciendo al propio tiempo un amplio drenaje peritoneal, señaladamente del Douglas.

7º:—En casos excepcionales puede recurrirse a la manlobra de Solieri.

San Juan, de Puerto Rico, 10 de Mayo de 1915.

BIBLIOGRAFIA

(2) Moréstin.—A porpos des perforations typhiques de l' intestin.—Bull. –e la Societé de Chirurgie de Paris, 1908 pag. 335.

(3) Quénu.—Bull. Societe Chirurgie de Paris 1908, Pag. 464.

(4) Chantemesse.—Les perforations intestifiales dans la fievre typhoide et leur traitement.—Bull. de la Societé de Chirurgie—1908 Pas. 578.

(6) Rochard.—Bull. Societé Chirurgie—1908—Pag. 367.

(7) Tuffier.—Ibid—Pag, 367.

(8) Morestin.—Ibid Pag. 339.

(9) Alglave & Bonneau—Tribune Médicale 1904.

(10) Delorme.—Bull. Societe Chirurgie 1900.

(11) Mitchell,—The Pensylvania Medical Journal—1908.

(12) Crile & Lower.—Anoci—association—1914.

(13) Escher.—Mitteilungen ausden Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie.—Hef-, 1. 1903.

(14) Emile Duval.—Le traitement chirurgical des perforations intestinales typhiques par l' entorostomie systematique.—These de Paris. 1911.

(15) Fix & Caillard.—Archives de Medecine Militaire Mars 1903.

(16) Quenú.—Les perforatións intestinales dans la fievre typhoide et leur taritment chirurgical. Journal des Fracticiens. December 1909.

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PTO. RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICADO TRIMESTRALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIAA

AÑO XII DICIEMBRE 1918 NUMERO 121

EDITORIAL

ANOTACIONES ACERCA DE LA INFLUENZA EN PUERTO RICO,

Dr. F. del Valle Atiles

La pandemia de influenza existente, debió penetrar en la isla hacia la 1ª quincena de Junio último. El día 13 de dicho mes el trasatlántico español "P. de Satustregui", procedente de Barcelona y escalas, Valencia, Cádiz e Islas Canarias, con 20 días de viaje desde el primer punto y 12 a partir de Tenerife, tomó puerto en San Juan teniendo aún a bordo 5 convalescientes de influenza, de 30 personas que habían desarrollado la enfermedad durante la travesía. Ya en España se había reconocido, desde el mes de Mayo anterior, la presencia de la gripe epidémica.

Teniendo en cuenta estos hechos, y la posible trasmisión de esta entidad mórbida, no solo por los enfermos y convalescientes, sino también por los portadores del gérmen contaminador, por medio de las mercancías y prendas de uso, infeccionadas, quizás por las moscas y otros insectos, y, a través de cortas distancias, hasta por el aire mismo, no es difícil de concebir que San Juan hubiese sido invadida entónces como parece indicarlo la epidemia que empezó a difundirse unos días después. Casos análogos rebustecen esta hipótesis. En 1898 se desarrolló en Londres la influenza, después de la llegada a la Metrópoli inglesa, de un vapor que venía del Cabo de Buena Esperanza con 20 días de viaje. Como éste hay numerosos ejemplos que confirman las dos conclusiones contenidas en el informe de la Marina Británica acerca de la diseminación de éste morbo por medio de las comuuicaciones marítimas:

1—"En aquellos continentes e islas extra-Europeas infectados por la influenza, los puertos y las ciudades de la costa fueron primero atacados por la epidemia. Frecuentemente el buque fué identificado.

2—"En los buques que, después de semanas de viaje, tocaron en

un puerto infectado, se siguió un brote de influenza al poco tiempo de la llegada a dicho puerto, ó a los pocos días de haberlo dejado".

Se vé pues, que los barcos infectados comunican la enfermedad a los puertos donde llegan; y los que no lo están, se infectan en los puertos infectados; y éste es el único medio por el cual podemos explicarnos ésta y las epidemias que ántes de ahora nos han visitado. La que prevaleció en Europa por los años de 1889 y 90 llegó también a Puerto Rico, y no es improbable que este país haya sufrido otras invasiones, pero no existen registradas en nuestros pobres archivos médicos, y sólo por inducción podemos aceptar la posibilidad de que alguna de las pandemias de los siglos XVII, XVIII y XIX, que desde Oriente pasaron a Europa y América, nos visitara; cosa tanto más probable, cuanto que nuestras comunicaciones regulares con España hacían fácil la trasmisión del agente epidencial, que se había introducido allí desde siglos anteriores.

En Puerto Rico no han faltado brotes epidémicos locales y casos esporádicos de gripe, como sucede en todos los paises que alguna vez han hospedado la pandemia; y si bien no todas las afecciones catarrales, que con frecuencia han reinado en la isla, hemos de considerarlas gripales, no cabe negar que una vez importado el gérmen de la influenza, se establece en aquel lugar, acaso atenuado, y produce esos brotes de gripe que no tienen, por lo común, la importancia de las pandemias originales de Asia.

En 1647 visitó a los Estados Unidos la 1ª epidemia de influenza llevada de Valencia; en la presente ocasión se la ha bautizado con el calificativo de influenza española, y acaso no sea ajeno a este hecho tal nombre que nada justifica, como tampoco antes de ahora estuvo en lo justo llamarla Catarro de España, de Italia, etc., puesto que las investigaciones acerca de las pandemias de los siglos XVIII y XIX demostraron que la causa de la enfermedad radica en el Continente Asiático y en los confines más remotos de Rusia, que, según dice Netter: "Así como el cólera es endémico en las márgenes del Ganges, y endemo-epidémico en Indo China, así la influenza tiene su hogar en el interior de Asia y su dominio endemo-epidémico en los paises fronterizos especialmente en Rusia". Dadas las circunstancias creadas por la gran guerra mundial, está dentro de la lógica más severa deducir que la pandemia actual vino también desde aquellas lejanas regiones a través de Europa.

La marcha que ha seguido la pandemia en nuestra isla ha sido la que debía ser en armonía con las comunicaciones de cada localidad ya con el exterior, ya con las poblaciones del interior, San Juan primero, luego, sucesivamente, otras ciudades y pueblos, y por último los barrios rurales, siguiendo la mayor frecuencia y facilidad para comuni-

carse En la capital el morbo ha tenido una recrudescencia, debida a la llegada al Campamento Las Casas de un gran contingente de personas extrañas a la localidad tanto reclutas como familiares de éstos, reproduciéndose el hecho conocido de que cuando el personal contagiable disminuye, ya no se observan invasiones en masa; pero si se renueva la población con personas no inmunes, se recrudece la epidemia y hasta puede suceder que haya casos de reinfección; pues si bien un ataque de influenza confiere alguna inmunidad en la mayoría de los casos, está comprobado que la excención obtenida sólo dura algún tiempo, y este período puede ser más o menos largo, siendo a veces muy corto.

Un recrudecimiento de la epidemia explica el porqué habiendo empezado en Junio, aún la tengamos en San Juan, en donde debió terminar en ocho semanas, más o menos, que es la duración ordinaria, reconocida por la observación de muchos autores, de acuerdo con la característica del gérmen de atacar a la vez a un gran contingente de personas, lo cual agota pronto el personal por la rapidez conque se difunde en la localidad invadida. Durante su primera etapa en nuestra ciudad se vió que en las casas de familia, en las instituciones y en los comercios entró la enfermermedad afectando simultáneamente a todos o casi todos los miembros de ellos; pues como dice Leichtenstern: «Todo paciente emite tal cantidad de gérmenes virulentos que toda la familia, los que residen en la misma casa y los que están en contacto con él, son inmediatamente infectados», lo que concuerda con lo contenido en la siguiente cita que hace el mismo autor: «Non unus vel alter de tota familia sed fere omens eoden momento lecto decumbere debuerunt. Juch, 1742». Establecimientos comerciales hubo que se vieron entonces obligados a cerrar temporalmente, por tener toda la dependencia enferma al mismo tiempo.

En Puerto Rico se ha podido confirmar el hecho de que la influenza simple, sin complicaciones, es una enfermedad que rara vez compromete la vida del enfermo; pero que cuando recae en personas que están delicadas de salud, especialmente en tuberculosos o predispuestos a la tuberculosis, se hace más seria y reviste suma gravedad, así como cuando se complica con otras dolencias, tales como pulmonías, las que sin duda han causado ahora la mayor mortalidad. El Dr. P. N. Divaris escribió en 1811, a propósito de sus observaciones en la Clínica de la Píedad de París: «La pulmonía sobrevenía muy a menudo en el curso de la gripe; ella es debida a que el pulmón, bajo la influencia de la gripe, se convierte en un terreno favorable para el desarrollo del pneumococo». Jacoud y Joanmais han señalado las diferencias entre las pulmonías gripales y las comunes, y Tuhekler

califica de bastardas las pulmonías de la gripe, hallando, que su agente productor en 45 casos es un estreptococo. Que esta complicación tiene algo de específica lo reconoció el Dr. Divaris ya citado: «El aspecto de esta pneumonia es notable por su carácter infeccioso. la debilidad prematura que acusa, por la abundante albuminuria y por las complicaciones que acarrea en otros organos.»

Es de consenso médico general que el principio contagioso de la influenza se halla en el trayecto naso faríngeo y en la garganta y aún en la conjuntiva ocular, en cuyas mucosas se le encuentra en los ya atacados y hasta en personas sanas ó con ligeras indisposiciones; lo que nos explicaría la concurrencia de casos de rinitis, toses, males de garganta, neurálgias y oftálmias catarrales que acompañan a las epidemias de esta enfermedad, y que no han faltado en la que sufrimos actualmente.

Sin pretender que la acción climatológica sea absolutamente inactiva sobre el vírus contagioso de la influenza, puede afirmarse que el curso clínico observado en Puerto Rico reproduce fielmente el cuadro sintomatológico descrito por los autores en sus formas respiratorias, gastro intestinal y nerviosa, con predominio del tipo congestivo e inflamatorio bronco-pulmonar, lo que distingue a esta pandemia, sin perjuicio de su condición de presentar síntomas asociados a desórdenes funcionales de varios órganos y de afectar a cada individuo de un modo distinto y castigar más aquellas zonas en donde habitan personas debilitadas por otras causas. Así tenemos que en esta epidemia las poblaciones en donde predominan el paludismo y la uncinaria han dado el mayor contingente de enfermos.

Tampoco su poder difusivo se ha modificado, pues aquí se ha extendido, según datos hechos públicos, profusamente, estimándose que había no menos de 100,000 enfermos de influenza a la vez en la isla, lo que significa que más del 8% de la población estuvo atacada al mismo tiempo en un momento dado. Desgraciadamente es imposible llevar una estadística completa de una enfermedad que no es obligación notificar: ni aunque lo fuese, podrían obtenerse los datos necesarios, porque un grán número de personas pasan la enfermedad sin consultar médico alguno; así nada podemos decir en concreto acerca de la proporción de las pneumonias en relación al total de casos, ni con referencia al sexo, edad, ocupación, etc. Sabemos, en tésis general, que los niños y los viejos han sido menos atacados como es la regla, y que los médicos, en razon de su obligado contacto con muchos enfermos y de que sus resistencias orgánicas han tenido que disminuir por motivo del exceso de trabajo a que han estado sometidos,

han pagado fuerte tributo a la epidemia. De 250 médicos que ejercen en la isla, han estado enfermos de influenza, de acuerdo con nuestros informes, 150, o sea el 60%. Nuestros datos solo nos permiten conjeturar acerca de la mortalidad general por la influenza durante esta epidemia; atendiendo a que una considerable parte de la población rural de la isla lleva una vida precaria, que un gran número de campesinos están fisiológicamente depauperados y por lo tanto carecen de la fuerza orgánica necesaria para contrarrestar la infección, no es infundado presumir que más del 40% de los habitantes de esta Antilla habrán contraído la enfermedad, al terminar ésta su excursión insular. Por razones óbvias los trabajos de laboratorio han tenido que ser limitados; pero los que conocemos, corroboran los estudios bacteriológicos hechos fuera del país, y que nos permiten acoger como buena la conclusión de Bizzozero y Firket de que en la pneumania gripal se pueden observar muchas especies de microbios ya aislados, ya concurrentes en el exudado, y ser considerados como sus agentes patógenos. La presencia de un estroptecoso semejante al *streptrococus piogenes*, en casos de bronco-pneumonias catarrales, fué comprobada, hace tiempo por A. V. Cornell y V. Babes.

No sabemo que se hayan hecho aquí trabajos tendentes a aclarar la cuestión de si el el *Bac.llus Influenza* de Pfeiffer es o no el original organismo infectante, pero todo parece indicar que si bien dicho micro-organismo se halla en los exudados del trayecto respiratorio, él no es agente productor. La opinión más aceptada es la de que algún virus filtrable o ultramiscroscópico organismo sean la causa de dicha enfermedad.

Ya Babes en epidemias anteriores habia aislado en las bronquitis de la influenza y en las diversas variedades de pneumonias, diferenies clases de microbios; entre ellos muchas especies de estreptococos y variedades de bacterias sépticas de la saliva. Recientes observaciones hechas por los Dres. N. J. Synnott y E. Clark en el Campamento Dix de New Jersey, confirman el hecho. En 500 casos cuyos esputos fueron examinados, el *Bacillus Influenza* se halló siempre asociado con el *micrococus cattarralis*, con varios tipos de pneumococus y de estreptococus, con el *Streptococus Hemolyticus* o *Viridaus* y en una o más de estas combinaciones con varios otros organismos indeterminados.

Conocido esto nos explicamos fácilmente la comprometedora sintomalogía que se observa en la generalidad de los casos de pulmonía que complican la influenza. Una confederación tal de micro-organismos patógenos ha de desarrollar por fuerza septicemias y toxemias más importantes a los efectos del pronóstico, que que la misma inflamación local.

Los datos que hemos recogido referentes a la mortalidad por influenza ocurrida en el mes de Noviembre nos permiten apreciarla en 1,570 o más: Mientras que en el mismo mes de 1917 la mortalidad general alcanzó a 2,864, en 1918 llegó a 5,284 o sea casi al doble. Podemos, partiendo de éstas cifras, y teniendo en consideración que la epidemia ha empezado a decrecer, calcular que el total de muertos ocurridos durante la pandemia podrá llegar a 4.000 y por lo tanto con arreglo al total por ciento de la población invadida que se podrá estimar en un 20%, lo que constituye un promedio razonable y supondría una morbilidad del 1.6%, tendríamos que la mortalidad por la influenza habrá llegado a más de un 2%, cifra bastante alta en la cual se comprenderán los casos de bronco pneumonías y pulmonías, cardiopatías, lesiones renales y exacerbación de padecimientos anteriores.

Aquí, como en todas partes, el tratamiento de la influenza ha tenido que ser sintomático; no conocemos aún tratamiento alguno específico, si bien la seroterapia es promisora hasta de que lleguemos a una imunisación profilática.

Por lo pronto el tratamiento por el suero antiestreptócico usado oportunamente, ha salvado aquí algunas vidas comprometidas seriamente por complicaciones pneumónicas. No creemos exajerar si estimamos en un 70% el número de casos que sanaron bajo el régimen de la sueroterapia,

Paso por alto las muchas e inconsistentes acusaciones de que ha sido objeto tanto la profesión en general como el Departamento de Sanidad. Las diatribas no se contestan, y los errores de apreciación, por desconocimiento de la materia de que se trata, exigirían explicaciones que no serían acaso entendidas. Sucede por desgracia que las bases principales sobre que se asienta el progreso de los pueblos: la educación y la salud públicas, son las que se tratan más superficialmente por algunos escritores desenfadados.

No ha faltado tampoco quién aprovechara la oportunidad de la epidemia para hacer campaña en favor del alcohol, droga cuya acción estimulante difusiva conocemos perfectamente los prácticos; pero del uso discreto, aunque no imprescindible, a pretender que alcoholizando a las personas se les proteje y cura contra la influenza, es olvidar que el alcohol, así recomendado, *ad libitum*, puede ocasionar daños tremendos. Conozco, por referencia que me hizo un distinguido y concienzudo práctico de experiencia, el caso de una niña a la que se le administró por la familia una dósis de alcohol, porque la encontraban débil, y la cual padecía de una meningitis como complicación de la influenza. La niña murió de resultas del intempestivo

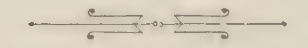
uso de este pretendido específico. Que el alcohol aumenta el dolor de cabeza de los pacientes de influenza, es bien notorio; y así mismo lo es su carencia de valor terapéutico durante el período activo de la enfermedad. La idea de que sea un específico contra ésta dolencia carece en absoluto de fundamento; por el contrario W, A. Bastedo, profesor de Clínica Médica de *Columbia University* afirma que cantidades medicinales de alcohol aumentan la susceptibilidad para la invasión bacterial y el peligro de las toxémias en las enfermedades agudas, y según Rubín una hipodérmica de alcohol, hace a los conejos más susceptibles para las infecciones estreptococcias y pneumococicas.

En resumen nuestra actual epidemia es una manifestación de la pandemia de influenza reinante, con sus características de gran mobilidad e incidencias de complicaciones bronco-pulmonares graves, causa ésta, la más común de la mortalidad observada.

Las manifestaciones clínicas han variado desde las más simples, corizas, faringitis, y así en una escala ascendente hasta completar el síndrome de la influenza franca y de las acompañadas de complicaciones; o sea los tipos benignos, de media intensidad y graves en sumo grado.

No hay justificación para reconocer medicamento específico alguno. Con excepción del empleo científico de los sueros, el tratamiento sigue siendo sintomático e higiénico.

La diseminación de la población rural, las dificultades de disponer medios de aislamiento, la resistencia pasiva y el menosprecio que suele hacer una mayoría del público de las recomendaciones profilácticas, el intempestivo abandono de la cama de no pocos pacientes para volver a sus ocupaciones, y la baja vitalidad producida por el pauperismo y por otras causas, paludismo, uncinaria, han favorecido en ésta epidemia la acción nociva del organismo productor de la influenza y preparado el camino a sus colaboradores más virulentos.



UN CASO DE HIDRONEFROSIS POR OBSTRUCCION DEL SEGMENTO INFERIOR DEL URETER IZQUIERDO: LOS RAYOS X COMO ELEMENTO DE DIAGNOSTICO.

Dr. J. Avilés.

FELLOW OF THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

CIRUJANO VISITANTE HOSPITAL MUNICIPAL.

SAN JUAN, P. R.

Que la roentgenografía nos ha venido a facilitar un medio eficaz de diagnóstico de los cálculos renales, señalando a su vez sus localizaciones en el aparato urinario, es un hecho que hoy nos deja poca duda.

Bien es cierto, que Daniel N. Eisendrath en su artículo sobre diagnóstico de cálculos ureterales, recientemente publicado en el número de Noviembre de 1918, en *Surgery Ginecology* and *Obstetrics*, significa ciertos herrores de diagnóstico, que han sido cometidos, cuando en los casos solamente se ha recurrido a la historia clínica y al examen de los rayos X; señalando para evitar estos errores las siguientes conclusiones:

1—La historia clínica no debe ser tomada como único medio para establecer el diagnóstico definitivo de cálculos del ureter, toda vez que existen otras condiciones que dan orígen a cólicos ureterales y que deben ser excluídas.

2—La preseucia de una o varias sombras en la placa roentgenográfica situadas en uno o varios puntos del tractus del ureter, no comprueba siempre, que la sombra o sombras sean las de cálculos ureterales. Cita casos de flebolitos, nódulos glandulares calcificados, etc., los cuales han sido confundidos por cálculos ureterales.

3—Los errores de diagnóstico pueden ser vencidos sin dejar duda acerca de si la sombra roentgenográfica descansa dentro o fuera del ureter, cuando en el examen del caso pudieran emplearse algnnos de los tres métodos siguientes:

(a) El uso del cateter roentgenográfico.

(b) Ureterografía.

(c) Estereoentgenografía.

Este último método lo estima como el más eficiente y aconseja su práctica en cada caso, si fuere posible.

Las conclusiones de Eisendrath están fundadas en su larga experiencia y que aunque muy importantés de tenerlas en consideración, no obstante, la historia clínica acompañada de una buena roentgenografía bien interpretada, la creemos un medio seguro para establecer el diagnóstico y la localización de los cálculos renales;

bien sean ellos situados en el riñón, en el ureter, o en la vejiga urinaria

Nuestro caso es como sigue:

Paciente R. M., de 55 años de edad, casado, natural del Corozal.

Antecedentes familiares: Padres fallecieron de causa desconocida. Tiene dos hermanas y un hermano en buena salud. Un tío falleció de litiasis renal a la edad de 36 años.

Antecedentes patológicos: Refiere haber tenido ataques epilépticos casi todos los meses desde la edad de 12 años.

Hace cuatro años que no ha vuelto a tener estos ataques. Dice haber expulsado una lombriz por el recto hace dos meses. No expresa haber padecido ninguna otra enfermedad.

Historia presente: Hace como cuatro años que empezó a expulsar cálculos por la uretra, acompañados de dolores cólicos típicos renales. Hace seis meses que no ha expulsado más cálculos. Durante todo ese tiempo, cuatro años seis meses, ha sido tratado de la litiasis renal por diferentes médicos. En la actualidad acusa un malestar de dolor, constante, hacia la región lumbo iliaca izquierda, radiando el dolor hacia la región inguinal del mismo lado. La orina es turbia y sedimentosa, predominando los fosfatos; la cantidad eliminada durante las 24 horas está reducida de lo normal.

Aparato gastro-intestinal: Existe anorexia, fetidez del aliento.

Movimientos intestinales, normales. La alimentación la toma con disgusto.

Examen físico: A la palpación se observa el riñón izquierdo aumentado de tamaño, algo doloroso a la compresión. La percusión no da claramente el sonido timpánico de los intestinos. Sobre la región de dicho riñón en la parte del abdomen, el sonido es ligeramente timpánico. No se observa ninguna otra anormalidad.

Examen roentgenográfico: Dr. Isaac González Martínez: *Paciente R. M. es portador de dos cálculos de regular tamaño en el extremo inferior del ureter izquierdo cerca del orificio uretero-vesical. No hay concreciones en el tractus superior. Los cálculos parecen, por su densidad, de naturaleza foefatica.*



ROENTGENOGRAMA LOCALIZANDO LOS DOS CÁLCULOS EN EL URETER.



Tamaño natural de los dos cálculos.

Díagnóstico: Hidronefrosis del riñón izquierdo. Implantación de dos cálculos en el segmento inferior del ureter izquierdo.

Paciente admitido en el Hospital Municipal al Servicio de Cirugía, Noviembre 23, 1918.

Operación: Incisión abdominal por el recto izquierdo, borde externo. Ruta extra-peritonneal. El segmento inferior del ureter izquierdo se puso de manifiesto y fué separado de los tejidos adyacentes—grasa subperitoneal y peritoneo—por una longitud como de 15 centímetros. Se encontraba dilatado desde el sitio de la obstruccion hasta la pelvis renal. La dilatación era como de un centímetro de diámetro.

Los dos cálculos del ureter diagnosticados en el examen roentge-

nográfico, fueron palpados facilmente. Se incindió el ureter a dos centímetros más arriba de la implantación de los cálculos; extrayéndose ambos, cuya extracción fué algo laboriosa. La cantidad de orina retenida en el ureter y pelvis renal se estimó más de un litro. La intervención terminó con la ureterorrafía y el drenage de la herida.

Curso post-operatorio: La orina por los primeros días presentaba una ligera hematuria que desapareció gradualmente.

La cantidad de orina vino a lo normal al tercer día. El dolor sobre la región lumbo iliaca, desapareció por completo. El paciente tuvo buena la convalescencia y fué dado de alta a los 15 dias después de la intervención.

El 30 de Diciembre el sujeto se siente bien de salud y el tamaño del riñón se encuentra normal.

No es nuestro objeto en esta breve reseña que aquí damos, significar la roentgenografía como el único medio de diagnóstico de las litiasis en general, puesto que muchos errores de diagnóstico nos ha dado el examen roentgenográfico en casos de cálculos hepáticos; que por la naturaleza de dichos cálculos no se proyectan claramente en la placa roentgenográfica.

FINES, PROPOSITOS Y PROBLEMAS DE LA JUNTA DE ESTADO DE MÉDICOS EXAMINADORES.

Benjanmin K. Hays, M. D.

SECRETARIO, JUNTA DE ESTADO DE MÉDICOS EXAMINADORES.
OXFORD, N. C.

Puede decirse que hay en la Carolina del Norte, en números redondos, dos mil médicos. El promedio de las licencias otorgadas es cerca de cien al año. Por lo tanto, hay cerca de un 5% de camaradas nuevos que entran en la profesión anualmente.

Los requisitos que exige la Junta de Médicos Examinadores de la Carolina del Norte, son mayores que de algunos de sus estados vecinos. Pero también muchos de los estados de la parte Norte exigen mayores requisitos que nosotros. El promedio de suspensos ante la Junta de la Carolina del Norte (alrededor de 18%) es menos que el de los demás estados (18 a 20%).

La Junta de Médicos Examinadores del estado de la Carolina del Norte fué creada por una ley especial de la legislatura en 1859. En cuanto a antigüedad, hace la tercera entre las Juntas de Estados de toda la nación. La Junta de Maryland fué creada en 1799, y la del Distrito de Columbia en 1838. En el 1885 se incurría en la pena de

"misdemeanor" el ejercer la medicina en la Carolina del Norte sin una licencia. En 1899 se aprobó una ley prohibiendo a los no graduados comparecer ante la junta. En 1907 se creó la cláusula de reciprocidad y en 1909 la ley de "licencia limitada," (limited license") Bajo éstas últimas, ninguno no graduado, puede ser autorizado para ejercer "in the sparsely settled mountain districts".

DIFICULTADES CON LAS CUALES LA JUNTA DEL ESTADO TIENE QUE LUCHAR.

La responsabilidad que pesa sobre una junta examinadora es muy grande. Muchos de los aspirantes que comparecen antc la junta son pobres. Durante cuatro años, probablemente, ellos han luchado para poder permanecer en el colegio, o habrán tenido que tomar dinero prestado con la sola esperanza de restituirlo cuando comiencen a ejercer la profesión elegida. También los aspirantes pueden ser casados tener familia a que atender, o sus recursos haberse agotados. Para semejantes aspirantes, la junta comprende que su exclusión es un asunto muy serio. Pero la simpatía individual con los aspirantes no debe dar por resultado una disminución en requisitos.

También, algunos de los aspirantes tienen amigos de valer o influencia, tanto en la profesión como fuera de ella, quienes pueden incitar a la junta a que tengan alguna benignidad. La junta tiene, pues, que afrontar, las lágrimas de la esposa y el resentimiento de los amigos de ciertos aspirantes que hayan sido excluídos. También algunos de los rechazados, insistirán en que se ha observado predilección o prejuicio y será díficil convencerles de que los papeles fueron graduados desconociéndose los nombres de los que los escribieron. Semejantes aspirantes a veces creen que la intervención de algún amigo influyente les habría ayudado a conseguir su licencia.

Igualmente, muchos de los aspirantes son los hijos, alumnos ó amigos especiales de médicos. La exclusión de tales aspirantes no sólo pueden crear enemigos a la junta, sino que también con mucha frecuencia sus padres creen que ha habido alguna injusticia. Hasta pueden usarse amenazas. En dos ocasiones durante el año pasado, ocurrió en la Carolina del Norte, que miembros de la junta fueron informados por médicos que, si a ciertas personas, en quienes ellos estaban interesados, no se les otorgaban licencia, se procedería a una apelación ante la legislatura para su reparación. Un aspirante amenazó a la junta con las cortes, y otro gran número apeló a las simpatía personal de los miembros. Estas son algunas de las condiciones e influencias que tienden a prevenir a la junta de médicos examinadores el hacer cumplir la ley relativa al ejercicio de la medicina.

LA SOLA RESPONSABILIDAD DE LA JUNTA ES PARA EL PÚBLICO.

Cuando a una persona se le otorga licencia para practicar la medicina, se le concede un certificado de perfeccionamiento.

Esta persona comenzará a actuar en seguida en el campo de operaciones que ha elegido. Diferente al joven abogado, él no tiene muchos años que esperar para que le lleguen casos importantes. Sus primeras llamadas son llamadas de emergencia, un ciudadano importante ha sido herido por arma de fuego, una mujer prominente tiene convulsiones puerperales (puerperal convulsions) o un infante se ha quemado. Estas son las llamadas que un médico joven recibe en su noviciado. De su habilidad y conocimientos puede depender la vida de un paciente. Estamparle el sello de la aprobación a una persona ignorante, significa el precipitar a la tumba a muchas víctimas inocentes. Otorgar licencia a una persona en estas condiciones, simplemente porque sea pobre o esté necesitada, significa que va a vender conocimientos que no posee, y que cada dollar que venga a sus manos ha sido fraudulentamente obtenido de gente cuya consideración es tal vez más digna de compasión que la suya.

La junta examinadora se compromete a cerciorarse de la competencia de un aspirante, si puede confiársele el cuidado de un enfermo, y cuando se niega una licencia es porque se cree que el aspirante no ofrece esa responsabilidad.

Además de eso, otorgar licencias a personas incompetentes, tiende a hacer disminuir los requisitos de la profesión médica. La Sociedad Médica de la Carolina del Norte es un cuerpo, que ser miembro de ella es para sentirse orgulloso. No hay demanda de más médicos por parte del público, pero hay demanda dentro de esta sociedad de que nosotros, cada año, seamos mejores médicos. Hay demanda porque los jóvenes graduados de medicina sean mejor preparados para ejercerla que lo éramos nosotros a su edad. Esta demanda por parte de la profesión médica es no sólo razonable, sino necesaria para el respeto propio de nuestra profesión. Miles de hombres competentes salen todos los años de nuestras escuelas médicas de clases superiores. Buscan campos vacíos. Muchos de ellos son nacidos y criados en este estado, y debido a sus enseñanzas superiores serán buenos ciudadanos. Existe también un buen número de hombres malamente preparados, quienes han cursado sus estudios en escuelas inferiores, debido a que estas últimas son más baratas, no requieren ninguna educación preliminar y desaprueban muy pocos aspirantes a graduación. Entre los graduados de estas escuelas inferiores y un público confiado, se yergue la junta de médicos exami-

nadores. ¿Es deseable que la junta aprueba una horda de incompetentes en el estado mientras sus hijos inteligentes buscan hogares en otras partes de la nación?

MEDICUCHOS Y CURANDEROS.

De igual modo la profesión médica debe mantenerse alejada del número en aumento de medicuchos y curanderos, así como de los muchos *sabios* médicos de que está la tierra infestada, ¡Cuán absurdos son los reclamos hechos por semejantes *sabios* de enseñar un conocimiento especial de la enfermedad en un curso de estudio de seis semanas! Y los promulgadores de estos cultos proclaman maravillosas ventajas, y, con frecuencia, obtienen resultados efímeros aquellos que les siguen.

Pero no nos desalentamos. Un diploma médico de un colegio de reputación y un certificado de una junta honrada, significa algo que no está al alcance de esta gente, y ellos lo saben. No levantemos un puente en el abismo que nos separa de esta gente, reduciendo nuestros requisitos de enseñanza.

NECESIDAD DE ALTOS REQUISITOS.

Tenemos nuestros límites, Ningún hombre experimenta más su ignorancia cuando se enfrenta con los grandes misterios de la vida y la muerte, que el así llamado médico entendido. La lucha con la muerte puede terminar con la pérdida del ser, y cuando el monstruo llama a sus víctimas, nuestra habilidad alardeada no es nada, y nuestros conocimientos ponderados no son sino un lamento acerbo. Empero, nuestras es la profesión que proteje los intereses de la civilización y hace los progresos modernos que le es posible "while the various medical cults are as camp followers who prey on the wounded and loot the dead."

Repito, por consiguiente, que tanto nuestro deber hacia el público como el que nos debemos a nosotros mismos, nos exige que mantengamos altos nuestros requisitos. Para la Junta de la Carolina del Norte, es muy raro que un graduado de una escuela de medicina de reputación, fracase en su examen de obtención de licencia, pero los incompetentes deben saber de antemano que no podrán obtener licencias en este estado.

LOS PODERES Y DEBERES DE LA JUNTA.

Se verá, por consiguiente, que los miembros de la Junta de médicos examinadores son simplemente servidores públicos. La facultad que la junta posee le es ostensiblemente concedida por las leyes del estado. Bajo nuestra forma de gobierno, la única ley real es la opinión pública. Los únicos que tienen alguna opinión en cuanto a leyes médicas—porque son los únicos que piensan acerca de ellas—son los médicos. Por consiguiente, cualquier facultad que la junta de médicos examinadores pueda poseer es derivada del apoyo moral de la profesión médica. Nadie más está en condiciones de darse cuenta de la gravedad de una falta de cumplimiento de una ley para el ejercicio de la medicina. Ningún médico ilegal en cualquier población o territorio hará frente a un examen si los médicos lo recomiendan tal como es.

Si la profesión médica se yergue y dice "No queremos junta de médicos examinadores", no hay duda que la junta de médicos examinadores, dejará de existir. Si esta acción radical se tomara, al instante se reunirían en todos los rincones de este estado una multitud de parásitos médicos cuyos capital principal en el comercio sería la ignorancia y credulidad del pueblo en donde ejercen. La junta de médicos examinadores es la barrera que defiende al público contra esta plaga.

Por lo tanto, la junta, está en guardia. Ella constituye la línea de fuego y muchos son los problemas que tiene al frente. Corresponde a la junta considerar qué educación preliminar ha de exigirse al aspirante; qué colegios de medicina se aceptarán como satisfactorios; qué asignación se hará a los aspirantes que hayan tenido un cierto número de años de práctica; hasta qué extensión se establecerá la reciprocidad con otros estados; bajo qué condiciones la junta considerará la anulación de una licencia médica; y qué legislación ansiada ha de conseguirse.

PROBLEMAS QUE AFECTAN A TODA LA NACIÓN.

La junta de la Carolina del Norte no se haya sola al frente de estos problemas. Se hacen comparaciones con todas las juntas de médicos examinadores de los estados en toda la nación. Existe una Confederación Nacional de Junta de Médicos Examinadores de los estados y existe también un Consejo en Educaclón Médica. Estos cuerpos se dedican a los problemas de educación médica y exámenes de medicina. Entre sus miembros se encuentran algunos de los más hábiles hombres de América y han hecho mucho para simplificar y

unificar el trabajo de colegios de medicina y juntas examinadoras. Los miembros de la actual junta examinadora de la Carolina del Norte, que asistieron a la Conferencia del Consejo en Educación Médica, han regresado al estado llenos de entusiasmo y con muchas indicaciones prácticas para el trabajo. Todas las juntas de estados deberian tener por lo menos un delegado en cada una de las reuniones anuales del Consejo en Educación Médica.

EDUCACIÓN PRELIMINAR.

La mayor parte de los estados exigen ahora a todos los aspirantes, que hayan tenido alguna educación preliminar, y todos los colegios de medicina de reputación lo exigen. Veintiocho colegios de medicina en este país exigen a los estudiantes que hayan completado por lo menos dos años de estudios superiores antes de entrar en el curso de la medicina. Otros trece colegios de medicina exigen un año de estudios superiores para admisión. Aun más, las juntas de nueve estados que expiden licencias, ahora, exigen uno o dos años de estudios superiores como mínima exigencia de educación preliminar. Algunos estados no pudieron entrar en relaciones de reciprocidad con la Carolina del Norte, debido a que nosotros no exigimos educación preliminar. Repetidos esfuerzos se han hecho para insertar en nuestra ley la exigencia de la educación preliminar, pero ha sido siempre desechada por la idea errónea de que es una benevolencia para los muchachos pobres el permitírseles entrar en una profesión para la cual no han llenado los requisitos que se exigen.

EXÁMENES PRÁCTICOS.

Durante años recientes ha habldo la creencia de que un examen por escrito no indica la habilidad de un aspirante para la práctica de la medicina. Se ha hecho sentir la necesidad de que cada examinador dé al aspirante algún trabajo práctico, y que se tome en consideración la pericia e inteligencia en general. Para responder a esta exigencia, la junta de la Carolina del Norte, adoptó los siguientes métodos:—

1.—El maniquí obstétrico (the obstetric manikin) ha estado en uso por muchos años. En adición al trabajo oral y escrito, se exige una prueba satisfactoria al aspirante de sus conocimientos de obstetricia.

2—En la práctica de la medicina y cirugía muy pocos casos se encontrarán y emplearán como materia clínica. Pero un individuo saludable es más satisfactorio. El método de hacer un examen físico

y el pronto señalamiento de marcas quirúrgicas revelan los conocimientos que el aspirante posee en estas materias.

3.—En cirugía se emplea también la prueba de exigir a los aspirantes que examinen los instrumentos quirúrgicos, decir sus nombres y cómo se usan.

4.—En el examen de histología se añade el uso del microscopio; se presentan también muestras de patología y bacteriolcgía para ser examinadas con el microscopio.

5.—En química, cada aspirante hace un ensayo urinario práctico y se le interroga acerca de otros experimentos.

6.—En materia médica, indentificación de drogas con algunas observaciones; hace tiempo está en boga. Con la adición de estos trabajos prácticos, los exámenes escritos se hacen más cortos.

RECIPROCIDAD.

El problema más difícil que las juntas de estados tienen ahora en porfía es el de la reciprocidad. En la Carolina del Norte la ley dice que "la junta de médicos examinadores podrá a su discreción otorgar una licencia" por reciprocidad. A primera vista, parecería prudente para un estado conceder a los graduados de estado vecinos el privilegio de ejercer la práctica de la medicina en sus fronteras sin pasar exámen. Si un hombre está calificado para practicar la medicina en un estado, por qué no lo ha de estar en otro? Sin embargo, otras consideraciones, ofrecen muchas razones por las cuales se ve que no es prudente abrir así las puertas a todo aquel que se presente poseyendo una licencia de algún estado. Entre otras razones, las siguientes han de considerarse:

1.—En algunas juntas de estado, los exámenes son simplemente una cuestión de fórmula. Si existiesen las relaciones de reciprocidad con estos estados, muchos aspirantes a licencias en la Carolina del Norte irían a ellos, tomarían los exámenes y entonces solicitarían licencia en la Carolina del Norte a cuenta de reciprocidad.

2.—Algunos estados son el albergue de colegios muy inferiores. Los graduados de estos colegios tienen facilidades para salír en sus estados—sino no podrían existir—pero encuentran grandes dificultades en obtener licencias en otros estados. Relaciones de reciprocidad con tales estados daría por resultado en muchas ocasiones que, graduados de esos colegios, deseando residir en la Carolina del Norte, tomarían, después de graduados, el exámen en el estado en donde existe la escuela y luego solicitarían por reciprocidad licencia en la Carolina del Norte.

3.—No es el médico afortunado el que se cambia de un estado a otro, sino el hombre que ha fracasado. Reciprocidad incondicional con un estado vecino sería una invitación para que toda aquel que ha fracasado en su estado viniese a la Carolina del Norte.

4.—No bajan de diez mil los curanderos errantes que se mueven de población en población en este país. Estos hombres con frecuencia tienen licencia en algunos de los estados. Hay de ellos en todos los estados. Los tenemos en la Carolina del Norte y siento el decir que algunos de ellos son graduados de colegios y con licencias de las juntas de algunos estados. En los estados en donde hay ciudades grandes, abundan más estos hombres. Conceder reciprocidad incondicional a cualquier estado, haría posible a estos hombres el venir a este estado y solicitar licencia, para que mantuviesen el comercio infame de vidas humanas protegidos por las leyes del estado. Estarían entonces habilitados para presentar un certificado de aprobación firmado por la junta de médicos examinadores, a cualquiera que les interrogase acerca de su profesión.

Con arreglo a los estatutos actuales de la junta de la Carolina del Norte, se evita este estado de cosas. La reciprocidad se concede por el mérito del individuo sin que se tome en gran consideración el estado de donde procede. Con otros cinco estados hemos establecido reciprocidad condicional, pero la junta de la Carolina del Norte se reserva el derecho de rechazar a cualquier aspirante que se presente. Esta junta no registrará a un médico por reciprocidad hasta que haya comparecido en persona ante la junta y demostrado ser un hombre inteligente así como también un caballero. Si es adicto al uso del lícor, morfina u otros intoxicantes, no podrá conseguir una licencia, Treinta dias antes de comparecer ante la junta tiene que presentar al secretario una solicítud que indique sus conocimientos profesionales, acompañada de certificados en cuanto a su carácter y de su estimación como un ciudadano. El Secretario entonces hará pesqnisas respecto al solicitante y procurará conseguir prueba evidente de su alta reputación, tanto desde el punto de vista moral como intelectual. De esta manera aquellos que por espacio de algunos años han estado ejerciendo honrosamente en otros estados, y cuyos conocimientos docentes son satisfactorios, pueden obtener licencia de reciprocidad en la Carolina del Norte. Los errantes, alcohólicos e ineptos, son rechazados.

La junta de médicos examinadores del estado puede revocar una licencia si el poseedor de ella ha sido culpable de conducta groseramente inmoral. Sin embargo es casi imposible para la junta tomar semejante acción, a menos que el médico haya sido convicto en las

en las cortes, La razón de esto es clara. La junta no constituye una corte y no tiene poder para citar testigos. Ella no puede obligar a un hombre que se presente a juicio, como no puede tampoco probar su culpabiiidad sin oir su defensa. No puede obligar a un hombre a que cese en su ejercicio, ni multarlo o encarcelarlo. Si la licencia de un hombre fuera anulada; él podría continuar en el ejercicio de sus funciones hasta que las cortes le obligaran a cesar. Durante sus sesiones la junta no tiene tiempo suficiente para considerar estos casos, ni ha de recibir compensación alguna por efectuar una sesión extraordinaria. En casos de ejercicio ilegal de la profesión, la apelación final es el jurado. Todos los años se suscita la queja de que ningún jurado declarará culpables a estos hombres, lo que demuestra la impotencia de la junta en estos casos. El anular la junta una licencia a un hombre a quien ningún jurado ha de declarar culpable, seguramenne que resultaría un pleito perjudicial contra la junta.

Manuel A. Velasquez. La prueba de la fenolsulfontaleina en la investigación de la función renal". La fenolsulfontaleina empleada por primera vez por Rowntree y Geraghty para investigar el funcionamiento del riñón, tiene la ventaja de ser ínocua e inalterable y de eliminarse totalmente por el riñón. El autor sostiene: 1º Que es el reactivo más rápido y completamente eliminado: 2º Aparece en la orina de 6 a 11 minutos. mientras que el azul de metileno comienza a eliminarse después de 30 a 45 minutos después de inyectado, 3º La cantidad de orina secretada no afecta la eliminación del reactivo que depende tan solo de la capacidad funcional del riñón; 4º Administrada por vía hipodérmica o intramuscular sus efectos son rápidos y su tóxicidad es menor que la de otros reactivos; 4o. La presencia de pigmentos biliares o urinarios no pueden inducir a error, pues, estas sustancias pueden separarse por precipitación con el subacetato de plomo, que no actúa sobre la fenolsulfontaleina. En caso de presentar sangre la orina, puede separarse ésta por medio de la ebullición y la filtración; 6º En las nefritis agudas o crónicas la fenolsulfontaleina revela trastornos funcionales que escapan muchas veces a las investigaciones por medio de otras pruebas indirectas; y 7º En las afecciones cardiorenales la prueca de la fenolsulfontaleina permite determinar la participación del factor cardiaco en el conjunfo morboso y sirve de medio diagnóstico y prenóstico. *Anales de la Facultad de medicina de Lima .—Julio-Agosto, 1918.*

FLEBITIS SIFILÍTICA

Dr. Carlos Rodríguez Jiménez

SAN SALVADOR, AMÉRICA CENTRAL.

Considerando la sífilis como una verdadera septicemia, al menos en algunas de sus etapas, la localización del treponema en las venas y la determinación de una flebitis nos aparece como una consecuencia lógica; y si la clínica nos señaló su presencia, hoy la Bacteriología nos ha dado la confirmación: Nattan Larrier y Brindea, han encontrado el parásito en las lesiones de la pared venosa,

La flebitis sifilítica fué ignorada y salvo algunos casos aislados, el primer estudio sobre ella fué hecho por Mendel en 1894; Bondesio, Mauriac, Roussy han completado su descripción ya bastante completa. Confundida entre las otras flebitis infecciosas nos pasaría desapercibida sino tuviéramos la noción de su existencia; porque sus síntomas nada tienen de peculiar y su evolución nada ruidosa, hace que sea el azar de un examen cuidadoso el que la descubra; por su indolencia y la poca gravedad que reviste, es una afección de la cual los enfermos no se quejan; si acaso los trastornos funcionales de la marcha cuando se sitúan las lesiones en los miembros inferiores, las denuncia al enfermo. Afección tórpida y sórdida, la flebitis sifilítica pasó ignorada hasta hace muy poco, porque datando de hace veinte años, su frecuencia no ha aumentado con la investigación sistemática de la mayoría de los sifilígrafos; ya Renault en 1914, hacía notar su rareza y ahora Gaucher y todos sns discípulos, Rostaine principalmente, no han reunido más de cuarenta observaciones de flebitis sifilítica secundaria. Las flebitis terciarias serían más raras aun. Sin ser una rareza, ya se ve qne la flebitis no es una manifestación frecuente de la Sífilis; entre nosotros sólo las dos observaciones que publicamos hemos conocido y creemos que con la resolución de buscarla, la encontraríamos algunas veces más. Más frecuente en el hombre en las cuarenta observaciones cuenta Rostaine, se encontraban 31 hombres por nueve mujeres: a propósito de esto, se ha querido explicar la predisposición en el hombre, por la mayor frecuencia en éste, de las fatigas, de los esfuerzos; así en la observación de Dieulafoy el paciente era vendedor de vino, sinembargo se ha visto aparecer flebitis sin causa ocasional aparente.

Las flebitis sifilítica puede aparecer en el primero o segundo año de la infección; pero más frecuentemente es un accidente precoz: su mayor frecuencia sería de los dos a seis meses de la aparición del chancro; también puede ser mucho más precoz, coincidiendo con la roseola y las placas mucosas y aun adelantándose. Le Noir y

Girdwood señalan un caso en que la erupción cutánea no apareció sino después del principio de una flebitis superficial; también Fournier y Leeper encontraron un caso en que la flebitis había precedido dos dias a la aparición de manchas papulosas. Nada extraña seiía la precocidad que se explica por la aparición temprana del treponema en la sangre; Neisser en el Congreso de Berna, comunicó haberlo encontrado circulando desde los catorce dias de la primera incubación. Jullien había señalado en 1914 dos clases de flebitis sifilíticas: una precoz, aflegmásica y resolutiva que alcanzaría las venas superficiales y raramente las profundas y otra que Philippson, Marcuse y Blaschko han relacionado a la trombo flebitis nodular y que aparecía en los cuerpos cavernosos especialmente; Nobre niega que estas lesiones sean venosas; él las refiere a linfagitis y perilinfagitis que se presentaria sobre todo en el dorso del pene.

La flebitis sifilítica se instala habitualmente en silencio, no se acompaña de síntomas ruidosos y el dolor es nulo o únicamente despertado por la presión; sinembargo Jullien, que ha descrito una flebitis infecciosa le atribuye dolores, vivos a veces, de exacerbación nocturna; también Rostaine describe tipos en que el dolor predominaba haciendo los movimientos dificiles y aun imposibles; la observación de Dieulafoy relata una flebitis que principió con dolores bastantes intensos que impedían dormir al enfermo y que se exacerbaban por momentos; igualmente el enfermo de Mauriac, tuvo dolores que comenzaron bruscamente y con alguna vivacidad. Fuera de estas excepciones, la flebitis tiene un comienzo sordo; y es la casualidad la que hace al médico o al enfermo descubrirla: en los dos casos que hemos observado, los dolores eran nulos en uno y en el otro, sólo se revelaban por un lijero dolor en el talón, que aparecía con la marcha y por dolores provocados por la presión; sinembargo, el principio había sido sordo y sólo la observacíón reveló la existencia de la flebitis. La ausencia de trastornos generales y en particular, la fiebre, ha sido señalada por todos los autores; ya Jullien en su memoria hacía notar la evolcuión apirética de la flebitis específica; Rostaine, dice que excepcionalmente el principio de la flebitis es marcado por una invasión febril; en estos casos se obcerva un ligero ascenso térmico que dura veinticuatro o cuarenta y ocho horas; pero sin acompañarse nunca del cortejo habitual de los síntomas generales graves; la flebitis tiene una evolución característica cuando es específica: quizá esto sea uno de sus caracteres distintivos: Fournier, escribe en su «Traité de la Syphilis», ella comienza bruscamente con una modalidad subinflamatoria; después rápidamente se cambia para convertirse en una modalidad fría; en la cual se manifiesta por una induración plástica de la

pared vascular. Pocas flebitis evolucionan bajo esta forma. Precedida o no de prodromos, pezantez, hormigamientos, calambres en el miembro que va a ser atacado; la flebitis ataca sobre todo las venas superficiales; y entre estas con predilección, las de los miembros inferiores, por orden de frecuencia señala Dieulafoy: la safena interna, la safena externa, las bacílicas y las cefálicas, La vena no siempre es atacada en toda su extensión, a veces se limita a una pequeña porción del vaso; es lo flebitis parcial; también invade toda la vena de un segmento de miembro, constituyendo así la flebitis segmentaria; y cuando se generaliza a todo el vaso desde su orígen hasta su término; recibe el nombre de flebitis total; raras veces toma la vena un aspecto monoliforme, en el cual, trozos sanos alternan con regiones enfermas, llegando a tomar el tipo de la flebitis fragmentada de Roussy. Cuando las venas enfermas son profundas, lo cual es bastante raro, la evolución y el aspecto de la afección es el de la phlegmatia alba dolens, como en un caso de la vena poplitea observado por Audry y Constantin y en otro acompañado de trombosis que refiere Mauriac.

La flebitis sifilítica puede ser doble de conjunto y simétrica como en el enfermo de Roussy; que presentaba una flebitis cuádruple ocupando las cuatro venas superficiales de los miembros inferiores, a derecha, sobre el trayecto de la safena interna, se apercibía una línea castaña, pigmentada y del ancho de un dedo; a la palpación se sentía un cordón duro del grueso de un lápiz; la saferna externa no presentaba ningún signo exterior, pero al palparla se encontraba un cordón indurado de quince centímetros de largo. A izquierda, la safena externa estaba más atacada que la interna, y sobre el trayecto de la primera se veía una línea ligeramente rosada que a la palpación señalaba un cordón duro y voluminoso. La safena interna estaba más ligeramente endurecida; pero en todo su trayecto: También la flebitis puede ser múltiple; y revestir múltiples localizaciones sobre el mismo sujeto; y si otras enfermedades provocan flebitis múltiples, ninguna poseería tan marcada propención a causarlas como la sífilis (Dieulafoy); en 36 observaciones, 22 han tenido flebitís múltiples; y como una observación de las más demostrativas. Rostaine cita la de Gaucher y Touchard, que hace relación de una flebitis en un hombre de cuarentidós años; al ingresar al Hospital, el sujeto presentaba dos chancros duros, que databan de un mes y además tenia sifilides papulosas generalizadas. Cuatro días antes de entrar al Hospital, había sentido un dolor poco vivo al nivel de la cara interna de la rodilla y pierna izquierda; dolor suficiente para determinar un estorbo notable para la marcha. Se encontró una flebitis del tronco de la safeua in-

terna, que estaba claramente indurada y parecía bajo el dedo como un grueso hilo metálico. La induración se extendía como 25 centímetros y se denunciaba por una línea rojiza. Dolor a la palpación poco acentuado. No hubo trazas de edema en toda la evolución de la afección, ni se encontró trombosis. Temperatura normal. Cinco días después del miembro izquierdo, el derecho presentó una flebitis de la safena interna con los mismos caracteres y en un punto exactamente simétrico al izquierdo. Tres días después una tercera flebitis aparece en un tronco venoso de la cara interna del antebr zo muy cerca de la sangría.

También recidivante, la flebitis sifilítica evoluciona en cuatro o seis semanas como todas las flebitis en general; pero también puede ser su duración más larga y Dieulafoy dice que no hay que creer que siempre la flebitis sifilítica sea de corta duración; casos se han señalado, en que la multiplicidad de las lesiones y las recidivas han alargado la evolución a cinco o seis meses, Pero las flebitis específicas curan completamente bajo el tratamiento que les conviene; las venas atacadas recobran por completo y muy pronto su elasticidad y su blandura; y en su evolución, está muy lejos la afección que nos ocupa de ofrecer esa gravedad de las otras flebitis: la embolia ni los infartos consecutivos han venido ha turbar la evolnción lenta, pero benigna de la flebitis sifilítica; y si estas complicaciones no han sido señaladas sería de desear que nunca lo fueran.

El diagnóstico de la afección que estudiamos, presenta dos etapas: 1º, determinar la flebitis; y después saber si es sifilítica. Clásico el cuadro de la flebitis, su diagnóstico no ofrece dificultad más que con las linfagitis; pero esta concluye a ganglios tumefactos y dolorosos, además el cordón duro de una linfagitis no corresponde al trayecto de una vena. Fournier ha descrito el signo de la compresión, que consiste en comprimir la raíz del miembro emfermo: al tratarse de una flebitis todos los troncos venosos están turgescentes, menos el que está atacado de flebitis y en el segmento situado arriba de la obliteración. Si hemos diagnosticado una flebitis, nos faltará saber cuando debemos incriminar a la Sífilis: este diagnóstico causal se basaría sobre la coexistencia de accidentes sifilíticos secundarios, sobre la forma tórpida de la afección que no se acompaña de reacción febril y sobre su evolución que es bastante particular. En cuanto al diagnóstico de la naturaleza de una flebitis, hay que pasar revista a todas las causas capaces de engendrar una flibitis y si no se encuentra una de éstas; y si de otra parte la flebitis aparece en las primeras semanas o en los primeros meses después del chancro; y con mayor

razón al mismo tiempo que los accidentes secundarios, hay que pensar que la flebitis es sifilítica. (Dieulafoy).

La histología patológica no revela lesiones carecterísticas de la flebitis sifilítica; de dos exámenes debidos a Bondesio y a Mendel, ninguna forma anatomo-patológica especial se desprende; la investigación del treponema, que confirma la especialidad de la afección, había sido negativa hasta que Nattan-Larrier y Brindeau encontraron el parasito en las paredes venosas.

El tratamiento recomendado por los autores es el mercurial, a Dieulafoy le parece inútil el Yoduro de potasio: y aunque nunca la flebitis específica se ha complicado de embolia, le parece conveniente inmovilizar al enfermo como es de rigor en todas las demás flebitis infecciosas.—*La Universidad, San Salvador.*

LA REACCION DE WASSERMAN Y LAS LESIONES DE LA AORTA (1)

A. Gilbert,
PROFESOR DE CLÍNICA MÉDICA EN EL HOTEL DIEU, PARÍS,

Louis Brin,
JEFE DE CLÍNICA ADJUNTO AL HOSPITAL SAN LUIS, PARÍS.

Una de las más importantes consecuencias de la reacción de Wasserman ha sido seguramente el evidenciar el papel primordial de la sífilis como factor etiológico de las lesiones cardiovasculares. Ya se trate de miocarditis, de pulso lento permanente, de angina de pecho etc., se sabe a la hora presente, que en todas estas enfermedades puede ser su causa; que con frecuencia a ella debe imputársele, bien que en semejantes casos, la necesidad de la reacción de Wasserman se impone, en ausencia de antecedentes bastante precizos a todo médico deseoso de instituir una terapéutica verdaderamente racional.

Pero, es sobre todo, al tratarse de aortitis que esta reacción ha saministrado luz (se cuentan al presente más de veinte estadísticas), y los numerosos trabajos que han aparecido sobre este asunto, son la prueba del interés que va unido a estas investigaciones.

Desgraciadamente, en buen número de esas estadisticas, es poco preciza la nota clínica, y con el nombre de aortitis están agrupadas indistintamente, todas las lesiones de la aorta, tanto las que lesionan el orificio aórtico solamente, o el vaso mismo. (aortitis verdadera), como las que se acompañan o no, de dilatación aneurismática.

Así nosotros hemos pensado, que es interesante estudiar sistemáticamente desde este punto de vista, desde hace cerca de tres años,

(1) Traducción del Francés del periódico *Paris Medical* 1913 No. 47, pág. 461.

todos los casos de este género que nos ha sido dado encontrar, y teniendo el gran cuidado de determinar previamente, por medio de un exámen minucioso de los enfermos, la variedad en presencia de la cual nos hallábamos.

De este modo, basándonos en la clínica, hemos dividido los casos observados, en tres categorías: 1º los de isuficiencia aórtica simple; 2º los de aortitis con o sin insuficiencia del orificio aórtico: 3º los de aneurisma de la aorta. Con respecto a cada una de estas variedades, después de indicar nuestros resultados personales, colocaremos a su lado los que hemos recogido en otras estadísticas comparables a la nuestra, y veremos después, que conclusiones podemos sacar de los hechos, a la hora presente.

El primer grupo encierra los casos de insuficiencia aortica simple, sin lesiones apreciables de la aorta misma.

Se trata de enfermos que presentan, al mismo tiempo que el soplo diastolico en la base, con sus caracteres clásicos, el pulso saltón y depresible, el ilamado pulso de Corrigán, y signos perifericos más o menos marcados, y en cuyos enfermos el exámen de la aorta ascendente, el exámen clínico y el radioscópico, no mostraba modificación alguna.

En nueve casos de este género que hemos podido examinar, la reacción se mostró positiva tres veces, (cuando en uno solo de los enfermos la sífilis estaba probada).

Si a estos resultados se añaden los de Laubry y Parvu (3 casos positivos en 6) y los de Citron (10 en 16) llegaremos a un total de 16 casos positivos en 31, lo que corresponde a una proporción de 51 por ciento.

II. En el segundo grupo hemos colocado los casos de aortitis simple sin dilatación apreciable bien por las investigaciones clínicas habituales, bien por la radioscopia, ofreciendo o no los enfermos los signos de insuficiencia aortíca, esto es, realizando o no el tipo clínico llamado enfermedad de Hogdson.

Los quince casos correspondientes a esta categoría nos dieron 14 resultados positivos, (siendo conocida la sífilis clínicamente solo en 7 de estos enfermos).

Además nuestras investigaciones bibliográficas nos han suministrado los siguientes resultados:

Danielopolu, 7 casos en 10.
Debove, 2 casos positivos en 2.
Laubry y Parvu, 4 casos positivos en 5.

Uniendo estas estadísticas a las nuestras, obtenemos una cifra

total de 27 casos positivos en 32 lo que corresponde a una proporción de 85 por ciento.

III. Finalmente, para los aneurismas de la aorta hemos tenido 4 resultados positivos en 4 casos observados; (solo dos de los enfermos confesaban haber tenido sífilis); lo cual unido a las cifras de Danielopolu (2 casos positivos en 2) de Laubry y Parvu (4 en 6) de Foltrain (4 en 5) de Oigaard (3 en 3), y sobre todo de Delsouiller (33 en 35), forman una proporción de 91 por ciento.

Así pués, los resultados son los siguientes: la insuficiencia aortica coincide con la sífilis en la mitad de casos; la aortitis y la enfermedad de Hogdson, en 6 sobre 7: el aneurisma de la aorta en 9 sobre 10. Y estos números se encuentran aun por debajo de la verdad, porque en la hora actual se sabe bien. que una reacción de Wasserman negativa no indica de manera absolutamente cierta la ausencia de la sífilis en el enfermo.

Deduciremos; que la insuficiencía aortíca es sifilítica en la mitad de los casos: la aortitis en 6 o 7 y el aneurisma en 9 sobre 10.

Respecto a esto es necesario observar que, si la reacción de Wasserman no siempre es positiva en los sifilíticos, por el contrario, una reacción positiva no implica necesariamente la naturaleza sifilítica de las lesiones viscerales observadas, y en la especie, de las lesiones aortícas, por que los enfermos, por el hecho de ser sifilíticos no están menos expuestos a presentar lesiones de otra naturaleza.

Téniendo en cuenta esta objección, creemos poder concluir del modo siguiente:

1º La insuficiencia aortíca simple, o al menos, simple en apariencia, tiene un origen sufilítico en cierto número de casos: la sífilis debe ocupar un sitio y sitio importante en la etiología de esta enfermedad; al lado del reumatismo articular agudo.

El papel de la sífilis en la insuficiencia aortíca, está corroborado además por el hecho de que en los 3 casos que hemos observado, en los cuales la reacción de Wasserman era positiva, faltaba el reumatismo en los antecedentes de los enfermos.

2º La aortitis crónica. la enfermedad de Hogdson, el aneurisma de la aorta, son en la inmensa mayoría de casos, si no siempre, de origen sifilítico. Con respecto a esto, estas afecciones se colocan al lado de la tabes y de la parálisis general: por otra parte, se sabe cuan frecuente es la asociación de la aortitis a esas lesiones nerviosas y muy particularmente a la tabes.

Aortitis, tabes y parálisis general presentan por este hecho un valor semeiológico de muy primer orden para el diagnóstico retrospectivo de la sífilis.

Su existencia en un enfermo tiene el valor de una formal confe-

sión de la sífilis, y su comprobación en muchos casos permitirá referir a su verdadera causa las lesiones viscerales asociadas (hepáticas, renales u otras) cuya naturaleza podría prestarse a discusión.

Estas nociones acerca de la muy gran frecuencia de las lesiones sifilíticas de la aorta, llevan consigo deducciones terapéuticas del más alto interés:

1º Es indispensable vigilar muy atentamente el corazón y la aorta de los sifilíticos y particularmente de los sifilíticos antiguos a fin de poder despistar las localizaciones aortícas desde sus primeras manifestaciones.

En este períodc, en efecto, un [redacted] tratamiento específico enérgico puede a veces alcanzar el retroceso de las lesiones, o al menos detener la marcha.

2º En el périodo de las lesiones confirmadas, cuando la noción de la sífilis es cierta en lo que toca a la clínica o a la reacción de Wasserman, conviene aun instituir un tratamiento intenso y prolongado.

Si; efectivamente en este instante las lesiones aorticas escapan ordinariamente a la acción de este tratamiento, porque son cicatriciales, en cambio conserva todo su poder sobre las lesiones gomosas o esclero-gomosas tan frecuentes en la periferie de la aorta dilatada o ectasiada (mediastínitis sifilítica).

En virtud de este hecho el tratamiento puede tener una influencia de las más felices sobre los diversos trastornos funcionales habituales en estos enfermos; trastornos que con frecuencia, dependen más bien de las lesiones peri-aorticas, qué de la misma aorta.—*Traducido por el Dr. Eusebio Coronas, San Juan, P. R.*

ASPECTOS MÉDICOS DE LA GUERRA

Por el Dr. Francisco M. Fernández.

Heridas de la rodilla por arma de fuego.—Los cambios más radicales han sido introducidos en el tratamiento de los heridos de la rodilla por proyectiles de armas de fuego, y mediante dichos cambios, se han obtenido resultados sorprendentes. En primer lugar se ha abandonado el sistema de drenajes intra-articulares. La excisión de la herida, el lavado de la articulación, la extracción de cuerpos extraños y la sutura de la cápsula cuando fuese necesario es otro adelanto notable. El tercer paso de avance fué la intervención inmediata, en el hospital de sangre, excindiendo la herida, limpiándola, irrigándola y, finalmente, suturando la cápsula y los tejidos superficiales. Es

sorprendente el corto número de complicaciones en estos casos así operados; pero para ellos es necesario una excisión completa de los tejidos infectados y una asepsia estricta.

De 100 casos consecutivos tratados por el doctor Tatlow, 2 murieron después de la amputación, el resto se salvó siendo necesario una nueva intervención en 14 casos. Tatlow hace uso de la pasta "Bip," de bismuto, iodoformo y parafina, en algunos casos, y en la mayoría de los casos usa la solución Carrel-Dakin. Cuando se presenta la artritis estreptococcica se debe hacer la resección; pero si se tratan los casos desde el primer momento en los hospitales de sangre, es casi innecesaria la nueva intervención.

Los edemas de la guerra.—Acerca de un nuevo estado patológico, desconocido fuera de Alemania, pero bien definido allí, habla el Journal of A. M. A. tomando sus datos del periódico noruego *Norsk Mag. f. Lagevidensk.* Se trata de un edema que se observó primeramente en los campamentos de concentración de prisioneros, y más tarde, entre el elemento civil, generalmente en forma epidémica. El edema invade primeramente las extremidades inferiores, y algunas veces las superiores, la cara y las cavidades serosas. A menudo hay dolor. Este estado puede durar por algunos meses con remitencias e intermitencias, amenos de obtenerse un cambio en el régimen alimenticio, de modo que se ingieran por lo menos 100 gramos de grasas al día. El edema desaparece entonces y se presenta una gran diuresis y un notable enflaquecimiento con gran debilidad del sujeto. El exámen de la sangre denota anemia y gran consumo de las proteinas. El pronóstico es bueno si se logra reformar el sistema alimenticio, mejorándolo. Los autores están de acuerdo en estimar que se debe a deficiencia en las grasas y excesos de alimentos vegetales y de agua.

Les follers du soldats,—Con el nombre de centros de recreo para los soldados, el ilustre Painleré, Ministro de la Guerra francés, ha creado 1,500 de estos establecimientos dedicados al descanso moral y material de los combatientes. El inventor de esta idea M. Sautter, encontró desde 1914 notables dificultades para llevarla a cabo; pero mediante el auxilio de la Asociación de Jóvenes Cristianos, pudo triunfar en sus nobles propósitos. Los gastos hasta fines de 1917 fueron de 4,300,000 francos y lo recaudado para el año actual pasa de 17 miliones de francos.—*Crónica Médica-Quirúrgica de la Habana, Septiembr e1918.*

Junta Directiva
de la
Asociación Médica de Puerto Rico
1919

Presidente: Dr. Jorge del Toro

San Juan, P. R.

Vice-Presidente: Pedro Malaret

Ponce, P. R.

Tesorero: Dr. Jacinto Avilés,

San Juan, P. R.

Secretario: Rafael Bernabe

San Juan, P. R.

CONSEJO

Dr. Pedro Gutierrez Igaravidez, San Juan, P. R.

Dr. W. A. Glines, San Juan, P. R.

Dr. José S. Belaval, San Juan P. R.



SUMARIO



BOLETIN

DE LA

Asociacion Medica de Pto. Rico

PUBLICADO TRIMESTRALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XIII MARZO 1919 NUMERO 122

EDITORIAL

VÉRTIGO DE ORIGEN SEÍSMICO.

Dr. F. del Valle Atiles.

Durante los recientes temblores de tierra muchas personas se sintieron mareadas, como si estuviesen embarcadas, según la gráfica expresión vertida por todos los que experimentaron el fenómeno. Tal comparación dá a entender que el vértigo de orígen seísmico, recuerda el mareo causado por la acción del oleaje del mar, con el cual tiene algunos síntomas que les son comunes tales como la indisposición general acompañada de náuseas, vómitos, el papel que pueda jugar la visión en determinarlo, y hasta podría añadirse otra paridad la de que así como no todo el que vá embarcado lo experimenta, tampoco a todo el que siente un temblor de tierra le flaquea la cabeza; pero estas semejanzas no significan en modo alguno que sean idénticas, que no haya diferencias clínicas, en consonancia con su distinto orígen, entre el mareo de mar y el causado por un temblor de tierra.

La palabra vértigo, comprende un agregado de trastornos parciales del organismo; y es en el sentido de un complejo sintomático, que revela varios cambios en la condición del paciente, en el que la empleáramos, no en el de vahído o desvanecimiento, que sólo expresa un síntoma. El síndrome del vértigo, así entendido, abarca las sensaciones de inestabilidad, de inquietud, de incoordinación y flojera muscular, de pérdida de contacto entre las plantas de los pies y el suelo, náuseas, vómitos, depresión extrema de ánimo, y palpitaciones de corazón; síntomas que pueden presentarse reunidos o separados, ser unos más prominentes que otros, según circunstancias diversas, cuales son, el orígen del vértigo, auricular, cardiaco, etc, las indiosincracias y los temperamentos. La relación de causa y efecto entre los movimientos seísmicos y el vértigo que nos ocupa, es evidente. Hasta hay quien asegura poder distinguir el temblor de tierra más pequeño, de la vibración, transmitida a las casas inmediatas por el paso de un camión, sólo porque cuando ocurre el primero, indefecti-

blemente se marea. Consideramos este hecho excepcional, pues de ser común tendríamos que admitir la expecificidad del movimiento seísmico como excitante del mareo, ya que las sacudidas terráqueas pequeñas mecánicamente consideradas, no ofrecen diferencias apreciables de las ondas cortas, que originan la pasada de vehículos pesados. Reconocemos no obstante, que los que han experimentado recientemente las grandes conmociones seísmicas que despiertan en la generalidad de las personas, y hasta en los animales, un temor que llega a veces a ser terrífico, se encuentran en un estado subconsciente que desarrolle en ellos una supersensibilidad a virtud de la cual se explique el caso.

Sabido es que entre los sentimientos pasionales que actúan de un modo perjudicial sobre la vida física, se cuenta el miedo: el instinto de conservación nos impulsa a huir o a rechazar las cosas que estimamos nocivas o peligrosas; la perturbación enjendrada en el ánimo por la idea del peligro, ejerce una influencia dañosa en los centros sensorios produciendo cambios vasculares, y otras alteraciones; un neuroticismo que conmueve transitoria o permanentemente la salud, a causa de las inhibiciones o de la exageración de actividad, que provocan los grupos de los ganglios celulares nerviosos sobre los órganos que están bajo su influjo. Así es que, cuando se trata de interpretar el vértigo seísmico, al analizar su posible patogénesis, no podemos perder de vista la tensión emocional que sufren los residentes de aquel lugar que, la actividad no usual e irrefrenable de fuerzas motrices ocultas, ha hecho inseguro para la vida.

Las oscilaoiones y trepidaciones seísmicas, la movilidad violenta del suelo y de los objetos asentados en él, sin duda perturban nuestro sentido de equilibrio: pero esta acción dinámica aislada, no bastaría para explicar el proceso mórbido, el complejo vértigo seísmico; precisa para que esta se produzca, la ansiedad enjendrada por la amenaza, el riesgo inminente inevitable, el terror repentino que nos deja impotentes y nos sorprende inermes y desamparados. Es el estado psíquico creado por los temblores de tierra lo que trastorna las funciones orgánicas y perturba la mente atribuyendo el fenómeno a un elemento sobrenatural; y todo ello concurre a determinar un estado neuro-psícopático ocasional, fuente de las alteraciones funcionales que caracterizan este vértigo. Es la emoción la causa excitante de los trastornos que observamos en la salud de las personas impresionables, ya se trate de alteraciones pasajeras, ya de lesiones prolongadas, benignas o mortales. El simple desvanecimiento, las palpitaciones de corazón, la glucosuria aguda grave, la epilepsia y la parálisis cardiaca que se han podido observar recientemente como con-

secuencia de los últimos temblores de tierra son el resultado inmediata del pavor; y aunque es cierto que una simple acción dinámica no fisiológica, puede causar irritaciones anormales en ciertos órganos y producir un vértigo, en el caso motivo de este trabajo, entendemos que no cabe hacer deducciones tan sencillas como las que sacamos cuando se trata de explicar el mareo que sufren algunos al ir en vehículos rodantes, mecerse en hamacas, sentarse en una silla rotatoria, etc.

Todas estas y otras formas de moción marean, sin que para ello intervenga el sentimiento instintivo de defensa que aviva un peligro súbito; mientras que la inmutación que produce en el ánimo la sola contingencia de algún daño o siquiera la idea de ello, aunque infundada, determina el mismo achaque, sin que concurra acto alguno dinámico, como lo ejemplifican el vértigo de las alturas y otras psicastenias. En el vértigo seísmico coinciden la sacudida violenta y anormal de la tierra que pisamos y el terror, cosa que ocurre pocas veces en el mareo de mar. Para explicar éste se han expuesto dos hipótesis; una la otogénica, en la que la dinámica tiene un papel principal, y otra, que llamaremos anadémica por cuanto se hace entrar en la producción del mareo a una deficiencia de acción glandular. La primera lo hace depender de la irritación anormal de la rama del nervio auditivo que se distribuye en las membranas de los canales semicirculares del oído interno, causada por los cambios de posición que experimenta la linfa dentro de dichos canales. La segunda lo subordina a una deficiencia pasajera de la secreción adrenal.

La teoría otogénica, defendida por los Dres. Isaac Jones y Lewis Fincher, pretende explicar el fenómeno, por una irritabillidad de la mente y de los actos reguladores del equilibrio para amoldarse a los cambios y excitaciones violentas y repetidas de los canales semicirculares. También el profesor Dr. H. Sahli de la Universidad de Berna atribuye la sensación de vértigo a una especie de contradicción existente entre los impulsos nerviosos de los canales semicirculares y la posición del cuerpo.

Conocida es la función asignada al laberinto o sea la de informarnos acerca de nuestra posición en el espacio por medio de los canales que constituyen, según los fisiólogos, un nivel de aire por el cual tenemos noticias de nuestro eqnilibrio a virtud de la constante alteración que sufre la presión del fiuído dentro de sus delicadas paredes. También sabemos que las afecciones del oído interno van acompañadas a menudo de vértigos. Recordando que la percepción del equilibrio y el desplazamiento de la endolinfa actuando sobre las paredes del laberinto son fenómenos referibles, y aceptando que esta

mudanza ocurre en cualquier movimiento, no puede negarse cierta lógica a la hipótesis otogénica del mareo, generalmente admitida hasta fecha reciente.

No hace mucho, sin embargo, el Dr. Noamé, de París, expuso una nueva teoría en la cual el plexo solar y las glándulas suprarrenales serían los interventores causales del mareo.

Dice este autor: "Las ondulaciones de las olas producen en la moción de un buque una serie de ondulaciones que son transmitidas a través del plexo solar a los órganos internos del cuerpo, deteniendo la secreción de las glándulas suprarrenales."

Apoyan la hipótesis anadémica ciertos hechos así como la fisiogía de las cápsulas adrenales. Hay personas que se marean aún estando durmiendo. Una faja aplicada firmemente al rededor de la cintura suele aliviar el mareo. Los niños rara vez lo sufren, y esto se atribuye a que las secreciones de sus gláudulas suprarrenales son más permanentes, por no afectarles mucho las impresiones nerviosas, y también porque la pequeñez de su cuerpo y firmeza de sus músculos, ofrecen poco campo para la transmisión de los movimientos ondulatorios del mar.

La fisiología nos dice que el metabolismo está regido por la contínua presencia en la sangre de las substancias segregadas por los cuerpos adrenales, los que ejercen una acción tónica estimulante sobre el corazón y los vasos sanguíneos, que mantiene los cambios en los tejidos musculares y en otros, y además otra acción antitóxica, destructora en la sangre misma de los venenos desconocidos, producto del metabolismo orgánico. Las cápsulas seprarrenales se cree probable, que estén continuamente segregando en la saugre un material actívo, el cual se halla siempre presente en pequeñas cantidades; suficiente para producir efectos manifiestos.

Si la actividad glandular queda paralizada por cualquier motivo, es evidente que como consecuencia se han de presentar fenómenos patológicos de distinto grado y hasta la misma muerte. Es sabido que la extirpación de las suprarrenales es seguida al poco tiempo por la cesación de la vida. Ahora bien, está demostrado que no sólo los cambios de estructura y de función que determinan las lesiones propias de las glándulas adrenales, sino también las alteraciones de los ganglios del simpático, vecinos a ellas y los de sus vasos nutrientes, se traducen en manifestaciones patológicas diversas que pueden revestir carácter de gravedad extrema.

La enfermedad de Addisson, entre cuyos síntomas figura, entre otros, tempranamente el síncope, está relacionada con la tuberculosis de las cápsulas suprarrenales; además estudios recientes establecen una relación de causa y efecto entre la úlcera péctica, los vómitos

grávidos, las pneumonias graves y la morbides de dichas cápsulas. Más aún, en ciertos casos de enfermedades dependientes de insuficiencias glandulares, al hacerse el examen *post morten* se ha hallado que la glándula culpada no ofrecía alteración alguna de tejidos, sino que había habido una detención funcional en ella.

De modo es que, si bien en ambas hipótesis hallamos razones que lo justifiquen parece ser que la otogénica no cubre todos los hechos observados en el mareo, según los han revelado las observaciones médicas hechas en distintos países durante la travesía de numerosas personas que han tenido que viajar últimamente a causa de la guerra. No se niega por los observadores la participación de los canales semicirculares en la producción del mareo, sino que ello no basta para explicarlo como lo demuestra el hecho de que los sordosmudos en que los canales semi-circulares son imperfectos o están ausentes no son inmunes al mareo. Así lo han evidenciado las autoridades navales de Italia, por las historias recogidas en los buques que conducían refugiados y emigrantes, entre los cuales se hallaban sordos-mudos que se mareaban tanto como las personas normales.

Cuál de las dos hipótesis explica mejor el vértigo de orígen seísmico? A nuestro parecer la teoría adanémica nos ofrece la interpretación más satisfactoria. La influencia del sistema nervioso en las secreciones no es dudosa; el dolor moral o la alegría nos hacen derramar lágrimas; el recuerdo de un manjar aumenta la secreción de la saliva; el temor la disminuye: y, como éstas, otras secreciones bien sabido es que se aumentan a causa de un susto. Las afecciones morales han producido en muchos casos el enmudecimiento histérico repentino y se han observado casos de anuria histérica de orígen emocional.

Todos estos son hechos que se pueden comprobar a menudo y de su observación han concluído los fisiologos que en toda emoción viva como el espanto, que cause una depresión vital súbita grave, las defensas del organismo se alteran o quedan paralizadas sufriendo por lo tanto éste, intoxicaciones varias.

La fisiología, la patología y la clínica han establecido definivamente el papel preponderante que desempeñan las secreciones internas elaboradas por las glándulas endocrinas en las anomalías tanto del desarrollo como de las formas, los cambios nutritivos, en las excitaciones del sistema nervioso, resistencia a las infecciones e intoxicaciones, idiosincracias y temperamentos. El equilibrio del sistema nervioso se considera mantenido por las secreciones internas.

La inhibición glandular nos explicaría algunas, por lo menos, de las muertes repentinas que ocurren durante el temblor de tierra, por

una brusca toxicidad de la sangre, faltade los contravenenos segregados por las glándulas suprarrenales destructoras de las toxinas q. determinarían la súbita parálisis del corazón. Sabemos que una emoción que cause una impresión sinientra sobre el sistema nervioso puede causar una repentina depresión vital, de igual modo que sucede con una lesión material. Según el profesor Patain en éstos casos hay una insuficiencia funcional más o menos duradera de los centros bulbares; que es lo que ocurre en lo que llam mos *shock*, conocido de todos los prácticos, cuando sobreviene el colapso de las funciones cardiacas.

Sin causar siempre una tan extrema consecuencia, las emociones actúan desastrosamente sobre la salud. Ultimamente los Dres. Félix Rainond, P. A. Carré y Alexis Patil han presentado ante la Sociedad Médica de los Hospitales de París una comunicación en la que describen un conjunto de fenómenos peligrosos observados en numerosos individuos, al cual han dado el nombre de *Síndrome Simpático*, consistente en trastornos vaso-motores, cardiacos, secretorios, dispépticos, mentales y tremor, que se presenta en forma de accesos, entre otras ccasiones después de una emoción. Los desórdenes cardiacos dan lugar a crisis de taquicardia; éstas, el vértigo y otros síntomas, dependientes todos de un desequilibrio del simpático.

Entre los casos de enfermedades ocasionadas por los temblores últimos, conocemos dos, uno de epilepsia, y otro de glucozuria aguda, que los médicos que los trataron los relacionaron con dicho fenómeno seísmico. El caso de epilepsia se explicaría por lesiones irritativas de la zona motriz consecuencia de la alteración del sistema nervioso. El terror he sido admitido como causa excitante de esta neurosis. El de glucosuria hallaría también su explicación en la influencia que ejerce el sistema nervioso sobre la acción glucogénica del hígado. Los experimentos de C. Bernard, de Schiff y de otros son conclusivos. El Dr. Rager ha observado un hombre en el cual aparecia en su orina el azúcar siempre que experimentaba una viva emoción moral. Las alteraciones de función secretoria de la hipófisis y de las cápsulas suprarrenales pueden producir de igual modo la glucosuria; de modo es que está muy justificado el atribuir a los terremotos una acción determinante de éste caso de glucosuria fatal. Ya C. Bernard, partiendo de su descubrimiento hizo depender de un trastorno de inervación del hígado la diabetis y creyó que a ser posible la galvanización del simpático, éste sería su mejor tratamiento. Para F. Schorinoff la glucosuria es el resultado de haber perdido el hígado su facultad de destruir el azúcar y Niemeryer señala entre las causas productivas de ella el trabajo intelectual exajerado y los disgustos. Sahli afirma

que glucosurias transitorias y aún la diabetes mellitus mortal, acompañan frecuentemente a las lesiones cerebrales, y en particular cuando éstas se hallan situadas en la fosa cerebral posterior. Butler, autor de la obra «Diagnóstico de Medicina Interna,» dice al ocuparse de la Diabetes Mellitus: «Un pequeño número de casos son agudos en su presentación y curso. Muchos de éstos pacientes han sufrido un severo *shock* nervioso....» En el caso antes citado el *shock*, con motivo del temblor de tierra primero que se sintió en San Juan, fué grande.

Por todo lo expuesto entendemos que muchos síntomas que acompañan al vértigo de orígen seísmicc, se explican satisfactoriamente por la teoría de la parálisis funcional de las cápsulas suprarrenales; sin negar quizás que otras inhibiciones concurran debidas a la impresión moral causada por el terror.

Corroboran nuestra creencia los efectos que ejerce la mente sobre el cuerpo en casos de naturaleza nerviosa y en individuos neuróticos con particularidad; sorprendentes curaciones de enfermos de ésta calidad ocurrido bajo la influencia de una impresión sensorial se explican por la acción ejercida por los centro vaso motores o las secreciones internas de las glándulas endócrinas, produciendo cambios químicos definidos tanto en la sangre como en las glándulas o en otros tejidos. Por iguales motivos se puede sin duda originar el efecto contrario, y los hechos confirman ésta posibilidad; se sabe de personas que han encanecido a causa de un intenso pesar o del miedo; todos los médicos hemos tenido alguna oportunidad de tratar niños de teta que sufrieron de convulsiones o desórdenes gastro intestinales violentos, a causa de que la madre les había dado de mamar acabada de pasar una emoción fuerte. En éste último caso, es evidente que bajo el influjo emocional la glándula mamaría segregó en vez de un alimento sano un producto nocivo. Socb según cita de F. H. Garrison, en su «Introducción a la Historia de la Medicina,» dice: «Desde que Pawlow y sus discípulos han logrado excitar la secrecióa salivar en el perro por medio de señales ópticas y acústicas, no podemos dudar por más tiempo que lo que los filósofos llaman una *idea*, es un proceso que puede causar cambios químicos en el cuerpo.» Otra cita de la misma obra es de W. B. Cannon el cual demuestra que bajo el temor, la rabia o la cólera, emociones que preparan al animal para pelear o huir, se inhiben inmediatamente las funcioneo digestivas y sexuales, la secreción adrenal es con rapidez vaciada en la sangre, mobilizando el azúcar de la glucogena hepática hasta el punto de la glucosuria e impidiendo así los efectos de la fatiga muscular, y apresurando el tiempo de la coagulación de la sangre, dotando al organis-

mo de maravillosa capacidad para la ofensa y defensa, la huída y la reparación de los daños recibidos por los tejidos. *Un hombre en disposición de ánimo de pelear, o aterrorizado es una glándula endócrina fenómeno*, concluye Carrison.

Concerniente a la hipótesis anadémica para explicur el vértigo de origen seísmico, el proceso se inicia indiscutiblemente por la impresión moral deprimente que actúa primero sobre el sistema nervioso y causa un desórden de su totalidad. La emoción viva de terror ejerce su influencia sobre los nervios vaso-motores tróficos, estimulando las secreciones paralizándolas, y actuando sobre todos los aparatos órganicos. El corazón al sentir ésta influencia experimenta cambios rítmicos, dependientes de las energías que desarrollan los filetes nerviosos que recibe, y los ganglios propios de dicho órgano. El cerebro a su vez sufre las consecuencias de una irrigación sanguínea perturbada. Existe una hiperemia cerebral pasajera que es debida al aumento de energía de contracción del corazón sano, cosa que ocurre en las grandes agitaciones de órden moral; éstas también producen igual fenómeno por parálisis de los nervios vaso-motores, de los vasos cerebrales y por lesiones del gran simpático.

Mi manera de interpretar el vértigo de origen seísmico me lleva a excluirlo de las formas auditorias, biliosa, litémica, ocular arteroi-esclerótica y mecánica y a considerarlo neurótico. Bajo el influjo de la intensa y repentina emoción que despierta un terremoto, el centro vaso-motor y probablemente todo el mecanismo vascular se desordena, mientras que al propio tiempo la falta de alteración del producto adrenal destructor de los venenos existentes en la sangre, hace que el líquido vital cause irritación en los centros nerviosos; hay una autotoxemia momentánea, que por lo general no produce cambios anatómicos, y que desaparece con el restablecimiento de la tranquilidad y confianza que favorecen la actividad secretora normal de la glándula, por lo tanto la destrucción del agente irritante existente en la sangre.

En algunos casos, por idiosincracia, o a causa de lesiones latentes o previas la acción emotiva causa trastornos mayores y permanentes. Schafer, con inyecciones intravenosas de extracto suprarrenal, produce sobre el sistema muscular en general un aumento grande de la contracción del músculo que responde a una simple excitación del nervio; pero de un modo especial actúa sobre las paredes musculares de los vasos sanguíneos y el corazón. Un cierto aumento de ésta acción se manifiesta también sobre los centros nerviosos del bulbo, especialmente en los centro cardio-inhibidores y aunque con menos extensión sobre el centro respiratorio. Con éstos datos y recordando lo que afirma Cannon de que las emociones violentas cau-

san una salida brusca de epinefrina cuya acción en el sistema es retardar el rítmico cardiaco y aumentar la presión sanguínea y el azúcar en la orina, podrían explicarse las consecuencias patológicas más graves que a veces producen los terremotos.

En ambos casos en el simple mareo sin consecuencias ulteriores, y en los de enfermedades más graves y aún de muertes repentinas, no parece fuera de razón atribuir a las cápsulas suprarrenales un papel primordial en la producción de los síntomas observados durante los últimos temblores de tierra que experimentó la isla.

BREVES CONSIDERACIONES SOBRE LA PANDEMIA DE GRIPE EN PUERTO RICO.

SUS ANALOGIAS Y DIFERENCIAS CON LA FIEBRE DE PAPPATACI

Dr. Julio Barreiro.

DIRECTOR DEL SANATORIO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE AUXILIO MUTUO
Y BENEFICENCIA DE PUERTO RICO.

En el mes de Octubre próximo pasado, comenzaron a ingresar en este Sanatorio los primeros atacados de gripe; llamándome la atención, ya desde el principio el que su cuadro clínico no correspondía al por mí observado en España en años ya lejanos de práctica profesional.

Creí en el primer momento, que se trataba quizás, de formas anómalas de la Fiebre de Pappataci, dado lo mucho que se asemejaban casi todos los síntomas morbosos de ambas infecciones a la par que el hecho, de los últimos enfermos de la fiebre de los 5 días, habían sido dados de alta en este Sanatario, todavía en el mes de Agosto.

Hoy, casi finalizando la epidemia, y ya después de haber desfilado por esta casa unos 300 atacados de gripe, he comparado sus historias clínicas con las de los 450 atacados de Fiebre de Pappataci por mí cuidados en este Establecimiento desde 1912 y que dieron origen a que en Octubre del 15 diese cuenta a la Asociación Médica y autoridades sanitarias de Puerto Rico de mi descubrimiento de la existen-

cia de las fiebres de Pappataci en esta Isla; lo cual fué confirmado después de haber estudiado los casos que en este Sanatorio existían, por el Dr. Carter y demás expertos que constituían la comisión mandada por el Gobierno de los Estados Unidos a estudiar la epidemia entonces reinante en la Isla. Estoy pués, en el deber de comunicar a mis compañeros, el resultado de mi modesto estudio comparativo de ambas enfermedades; en lo que tienen de parecidas y en lo que discrepan,

Comenzaré por un resúmen de «la gripe en este Sanatario,» tomando como ejemplo para su descripción sintomática, tratamiento etc. el núcleo formado por los casos de mediana intensidad.

Interrogatorio: En casi todos los atacados el primer síntoma apreciado por el enfermo, fué el escalofrío, seguido de cefalalgia de predominio frontal con irradiación a los ojos, ligeros dolores de garganta y huesos, cansancio, dolores lumbares y fiebre moderada. Tos en el 80 x 100 de los casos. Vómitos en el 9 x 100 y en el 4 x 100 epixtasis en el primer dia.

Al exámen en el momento del ingreso presentaban casi sin excepción conjuntivitis ligera, apabullamiento, con cara pálida y contraida, irritación faríngea, lengua saburral y puntiaguda, pulso rápido en relación con la temperatura auxiliar y a la auscultación respiración más o menos ruidosa en el 46 x 100 de los casos con disminución respiratoria de las bases pulmonares en el 52 x 100. Algunos, el 6 x 100 presentaban además una erupción morbiliforme en la parte superior de pecho y espalda.

Unos pocos se quejaban de dolores erráticos en la cavidad torácica o en el hueco epigástrico. Casi sin exceptuar a ninguno aquejaban dolor en la región renal y en la nuca, e intensa cefalalgia.

El período de estado fué caracterizado por persistencia de la fiebre con ligeras remisiones matutinas, delirio en muchos casos, adinamia intensa, estado soporoso con cefalalgia grande, raya de Sergent en un 30 x 100 de casos, tos con expectoración en unos casos mucosa, en otros muco-purulento y en un 10 x 100 de enfermos aproximadamente, con sangre en mayor o menor cantidad. Oliguria con tinte rojizo de la orina, fosfaturia en casi todos los casos y albuminuria ligera en una quinta parte de los exámenes practicados. En

el exámen microscópico del sedimento de orina centrifugada se encontró con bastante frecuencia un fino diplococo capsulado dispuesto en grandes cadenetas que a primera vista podían confundirse con el estreptococo.

Examinando los esputos encontramos el Bacilo de Pfeiffer, si bien no en todos los casos; un diplococo más pequeño que el de Talamon-Fraenkel, capsulado y dispuesto en cadenetas, en todos los casos examinados; tetrágeno y enterococo en una tercera parte de los casos y por último espirilos en 4 o 5 casos.

En el exámen citológico, por la metacromasia; células alveolares y bronquiales con pequeña degeneración; pocos polinucleares, pignóticos algunos pero sin llegar a la pulverización nuclear, mononucleares y células epiteliales con diplococos fagositados y finalmente glóbulos rojos.

Al exámen microquímico por el mismo procedimiento de Bezancon, no encontramos nunca las masas hialino-violadas del exudado seroalbuminoso y sí solo un ligero tinte rojizo de moco hialino.

En el exámen de sangre, nada de importancia: Ausencia de parásitos y de eosinofilia, algunos glóbulos blancos ligeramente degenerados.

La duración de este período de estado, tomando como punto de partida al escalofrío, en los casos no seguidos de bronco-puenmonia fué de dos dias en el 12,66 x 100 de ellos; de cuatro dias en el 6,69 x 100; de cinco dias en el 35,95 x 100; de siete dias en el 30,70 x 100; de diez dias en el 6 x 100 y de más de diez dias en el 8 por 100.

Analizando los casos, vemos que la fiebre subió rápidamente alcanzando su máximo durante el 1º o 2º dia, manteniéndose en él uno o dos dias y descendiendo por lisis, la mayoría de las veces. Al llegar a los 37° hubo muchos enfermos, (más de la mitad) que tuvieron una elevación secundaria fugaz de medio o un grado, bajando ya después la temperatura a la normal definitivamente excepto en los casos en que sobrevinieron complicaciones: Pneumonia, paratifus o paludismo y en los cuales volvió a elevarse la temperatura, manteniéndose durante el proceso de dichas complicaciones.

La hipertermia fué en general poco pronunciada, pues en el máximun de las gráficas oscila alrrededor de 39° . Hubo sí, algunos enfermos que alcanzaron 40° , 41° y aún 41° 5 pero fueron la excepción de la regla.

El pulso varió en relación con la temperatura entre 80 y 120 pulsaciones al minuto.

Las epixtasis, herpes labiales y demás fenómenos críticos fueron observados en contados casos.

Las complicaciones fueron pocas. La bronco pneumanía no apareció sino en tres casos entre los enfermos aquí atendidos desde el comienzo de su dolencia y comprendía solo una de las bases pulmonares. El resto de los pneumónicos aquí asistidos, ingresaron con esta afección ya desarrollada. Abundaron en cambio las congestiones pulmonares que cedieron al uso de las ventosas y revulsivos locales.

Las complicaciones cerebrales fueron pocas y no resistieron mucho al gorro de hielo.

Las digesttvas fueron más tenaces, reduciéndose a vómitos o diarreas, que por fin fueron contenidas.

El aparato renal fué en general respetado, aún en los casos en que el enfermo padecía nefritis, con anterioridad.

El tratamiento fué en general el siguiente:

Teniendo en cuenta que en estos pacientes privan la intoxicación general sobre todas los demás trastornos, la 1ª indicación que seguí fué la de *no hacer uso de antipirctico alguno*, que aumentarían la toxhemia del paciente innecesariamente porque la hipertermia era en general moderada y de poca duración. El aire libre de los Pabellones de aislamiento, y en caso de necesidad las fricciones con agua y alcohol me bastaron para refrigerar los enfermos durante toda la enfermedad.

La cefalalgia y el delirio fueron combatidos por el gorro de hielo; y no permití el uso de analgesicos ni de bromuros por no intoxicar más a mis pacientes.

El aceite de ricino me ayudó en muchos casos a vencer la cefalalgia, suprimiendo la auto-intoxicación de procedencia intestinal.

La 2ª indicación que me propuse llenar fué combatir la congestión de los pulmones utilizando para ello dos procedimientos: 1º Las ventosas y la revulsión local por el yodo y aún el termo-cauterio en los casos graves y 2ª Tonificar el corazón desde el día del ingreso por medio de la digital en pequeñas dosis.

La 3ª indicación, fué fluidificar la espectoración.

La 4ª: favorecer la diuresis y con ella la desintoxicación del organismo.

La 2a., 3a., y 4a. indicaciones, fueron llenadas conjuntamente con el uso de la poción siguiente:

Jarabe de polígala	}	aa 60 gramos.
" de tolú		
" de digital		
Benzoato de soda		2 gramos.

De la cual se administró a los pacientes una cucharada cada 3 horas desde el comienzo de la afección hasta su terminación.

Con el uso de esta fórmula a la par que tonificaba el corazón con la digital, fluidificaba los esputos con la polígala, el tolú y el benzoato, a la vez que mediante este último, la polígala y la digital favorecía la diuresis.

Puede decirse que fué la única medicación al interior que tomaron mis enfermos. Solo en aquellos en que la raya de Sergent y la adinamia eran muy marcadas hice se les administrara además IV gotas de la solución de adrenalina al milésimo por día.

En aquellos en que la expectoración tenía mal carácter, o en los afectos de bronco-pneumonía se ordenaron las fricciones en el pecho con 10 gramos de una mezcla a partes iguales de glicerina y guayacol diariamente, con lo cual se realizaba en lo posible la antisepsia del pulmón sin irritar el tractus gastro-intestinal.

Aún en los bronco-pneumónicos no se hizo uso de otras medicaciones: Se reforzó la aplicación de las ventosas y de la revulsión local y solo en contados casos la cafeina y el aceite alcanforado entraron en escena ayudando a tonificar de momento el corazón y el bulbo raquídeo.

A esto se redujo la terapéutica por nosotros seguida; y quedé satisfecho de su resultado.

La mortalidad global fué el uno por 300, pues que no falleció en el Sanatorio por consecuencia de la gripe sinó un enfermo que a su ingreso presentaba pneumonía de ambas bases: resultado tanto más llamativo cuanto que entre los afectados de gripe se hallaron enfermos con lesiones cardíacas antiguas; renales ya anteriormente asistidos en esta casa: un enfermo que estuvo ya tres o cuatro veces en el Manicomío y que a pesar de ello su cerebro no sufrió nada con la gripe, palúdicos antiguos y en actividad; tuberculizados pulmonares y unos treinta pacientes que habían padecido durante estos últimos años una, dos y tres veces la fiebre de Pappataci.

Secuelas de la afección: Solo la bronquitis banal persistiendo por una o dos semanas, y un tuberculoso en el cual parece evolucional más rápidamente su proceso, amén de laxitud por 10 o 15 días después de la apirexia en casi todos los casos.

Y una vez descripta la gripe tal y como ella se presentó en este Sanatorio, comparemos ahora su cuadro clínico con el de los enfer-

mos de la Fiebre de Pappataci, aquí también atendidos desde 1912, mediante el siguiente cuadro:

GRIPE 1918	FIEBRE DE PAPPATACI
Invasión brusca.	Invación brusca.
Escalofrío casi siempre.	Escalofrío pocas veces.
Dolor de huesos ligeros.	Dolor articular intenso.
Cefalalgia.	Cefalalgia.
Dolor lumbar y de ojos.	Dolor lumbar y de ojos.
Vómitos a veces.	Vómitos a veces.
Extreñimiento en la mayoría.	Extreñimiento en la mayoría.
Tos, salvo excepciones.	Tos frecuentemente.
Adinamia grande.	Poca adinamia.
Cara pálida y contraída.	Cara normal o encendida.
Lengua saburrosa, en punta.	Lengua saburrosa achatada.
Faringitis ligera.	Faringitis intensa.
Conjuntivitis con inyección esclerotical ligera.	Inyección y edema esclerotical intenso. Conjuntivitis ligera.
Erupción en plena pirexia y en pecho y hombros sobre todo.	Erupción en la apirexia y en antebrazos y piernas, sobre todo.
Bronquitis, zonas de silencio en las bases, en la mayoría de los casos, con tendencia a la pneumonia.	Bronquitis simple, sin tendencia a la pneumonia.
Esputos de congestión pulmonar en casi la mitad de los casos.	Esputos de catarro simple de las vías aereas.
Ascenso de la temperatura en uno o dos dias, sosteniéndose así otros dos o tres y descenso en lisis.	Ascenso de la temperatura en uno o dos dias, y descenso seguidamente en lisis o por crisis.
Elevación térmica secundaria en el 2º o tercer dia; pasando medio a un grado de la normal.	Elevación térmica secundaria en el 2º y tercer dia sin llegar a los 37° C.
Pulso acelerado (en relación con la temperatura axilar).	Bradicardia, casi siempre (en relación con la temperatura.)
Oliguria, con ligera aibuminuria en muchos casos.	Orina normal en canlidad y sin albumina casi siempre.
Delirio muchas veces.	No hay delirio.
Aspecto de intoxicado.	Aspecto normal.

Los esputos en la fiebre de Pappataci, solo fueron analizados en contados casos, así que, no podemos hacer exámen comparativo con los de la gripe.

Como vemos por el cuadro precedente las analogías son muchas las diferencias pocas, y tan pequeñas que se hace poco menos que imposible a la vista de algunos de los enfermos o de muchas de las gráficas, unas de gripe y otras de Pappataci, el decir cuales corres-

ponden a una y cuales a otra de estas afecciones, a no ser por el diagnóstico incierto y por la fecha del padecimiento.

En efecto, aún el carácter más distintivo que es la relación entre la temperatura y el pulso, varía mucho con los casos. Y si resulta fácil decir Pappataci cuando con 39° C. hay 80 pulsaciones y gripe, cuando con la misma temperatura se cuentan 100 o 110, la difirenciación se hace imposible cuando las pulsaciones son 90. Y a este tenor sucede con todas las otras pequeñas diferencias de lengua, ojos, curva térmica etc. Pasa en esto como entre los diversos matices entre el amarillo y el azul: Las últimas gamas del amarillo y las primeras del verde se confunden entre sí y decimos amarillo; las últimas del verde se confunde con las primeras del azul y decimos azul; pero las verdaderas intermedias no sabiendo como llamarlas lás denominamos *verde*.

Ahora bien. ¿Se trata de una misma afección? De ninguna manera. La Fiebre de Pappataci, como de propagación por las picaduras de este mosquito infestado, solo puede existir donde pulula el Pappataci, y solamente cuando infectándose este chupando sangre de un enfermo de esta afección sa transforma en foco de la misma. El Pappataci existe en Puerto Rico, y está infestado, como lo muestra el que todos los años desde 1912 vengo cuidando pacientes de esta enfermedad; y sin embargo y a pesar de las comunicaciones frecuentes entre esta Isla y España y los Estados Unidos no se propagó a estos países. ¿Sucedería lo mismo si se tratase de gripe? Es indudable que no. Seguramente ya antes de la llegada a España del trasatlántico hubiese estallado a bordo la epidemia.

¿Sería de Pappataci y no de gripe la epidemia que acabamos de padecer en Puerto Rico? Tampoco; pués que su rápida difusión, la vista del cuadro antecedente, su coincidencia con la pandemia mundial y las frecuentes complicaciones pneumónicas nos demuestran lo contrario.

LOCALIZACION RARA DEL APENDICE.

Dr. Jorge del Toro.

Historial del caso: Porto Rico Sanatorium. No. 625. G. P. varón de 16 años de edad, blanco, estudiante.

Visto por primera vez en Marzo del 1917. Apariencia robusta. Estatura mayor que el promedio para su edad. Ha padecido de disenteria. Desde hace como un año se queja de debilidad y «síncopes» cardiacos. Hace ya algún tiempo se viene quejando de dolores agudos aunque de poca duración debajo del borde costal derecho con dificultad al respirar. Estreñimiento crónico. Exámen de sangre: Cuadro leucocitario sin importancia. Wasserman, positivo, (Caso hereditario).

Mayo 25, 1917. Sensibilidad en la región apendicular con reflejo al epigastrio. Hígado palpable y sensible. Bajo tratamiento antiluético parece que el dolor en el hipocondrio derecho está mejor. Los alcalis dan alivio. Hoy hubo dolor fuerte que irradia a la región inguinal derecha.

Junio 1. Los dolores se aumentan al movimiento. No son tan frecuentes, pero sí más fuertes y últimamente más marcados hácia la región apendicular. No hay vómitos:

Junio 16. Bien hasta ayer en que el dolor fué más agudo en la región de la vesícula biliar. Vientre blando, No hay sensibilidad en la región apendicular, ni marcada en la región de la vesícula. Hígado aumentado de volumen, palpable, suave y se le puede empujar hácia debajo y atras, dando la sensación de un hígado prolapsado.

Junio 25. Neo-salvarsan por la vía intravenosa. (Se hicieron tres aplicaciones posteriores.)

Julio 14. Dolor con nauseas y diarreas. Mal gusto en la boca. Punto sensible entre la vesícula y el apéndice. Corazón y pulmones han sido negativos.

Operación: Septiembre 15, 1917. Incisión alta por el recto derecho separando el músculo. Al incindir el peritoneo aparece el final del apéndice en la herida dirigido hácia abajo. Está grueso, duro, y la arteria apendicular da la vuelta al final a manera de cresta de gallo. Siguiendo la dirección del apéndice, llegamos hasta justamente la cara inferior del hígado, encontrándose el apéndice alojado entre la vesícula biliar y la cara inferior del hígado cerca del borde anterior. Se agranda la incisión hácia arriba. Se diseca de sobre el apéndice una funda membranosa y vascularizada que envuelve todo el apéndice y meso apéndice, extendiéndose sobre el ciego por debajo y sobre

la cara inferior del hígado por delante. Hecho esto se hace posible llegar hasta la base del apéndice. El ciego se encuentra junto a la cara inferior del hígado a la derecha de la vesícula biliar. La arteria apendicular se encuentra como a dos pulgadas de distancia por debajo de la base del apéndice, y es ligada por separado. El ciego se separa del hígado. Se termina la operación con los tiepos usuales. Hígado y vesícula normales. Estómago dilatado.

Curso post-operatorio sin incidentes

Resultado clínico: curado.

Nota: El presente caso ilustra una vez más las dificultades encontradas en el diagnóstico de afecciones intra abdominales. En el presente caso no se practicó el exámen roentneclógico que indudablemente hubiera aclarado el punto. El diagnóstico fluctuaba entre apendicitis crónica, colecistitis crónica, úlcera del duodeno o una lesión sifilítica del hígado; pero ninguno de los diagnósticos cuadraba exactamente al exámen detenido del caso, que dejo a la imaginación del lector.

Santurce, Marzo 10, 1919.

MIS EQUIVOCACIONES Y LAS DE LOS DEMÁS.

Dr. A. Martinez Alvarez

Estoy llamando a las puertas del carácter. Creo llegado el momento de pensar que se aprende mucho más sabiéndo de los errores de los otros compañeros y de los propios, que leyendo los grandes éxitos de los sabios. Esto no quiere decir que despreciemos la experiencia de los sabios sino que la unamos a nuestros errores.

El afán de todo médico hoy, es tratar de deslumbrar el compañero con algo nuevo leído hace quince o veinte días; poderle llamar atrasado en una palabra. Y aunque tengamos un conocimiento superficial de lo tratado nos ponemos a teorizar en *pose* de profesor.

Al salir de la Univérsidad nos creemos Sénecas y al hablarnos cualquier persona de algún caso tratado por otro compañero lo primero que se nos viene a la mente es decir en seguida. Pero por qué no le hacen ésto o aquello?....Al cabo de dos o tres años de práctica la oración se vuelve por pasiva y entonces decimos: ¿Pero por qué no hemos hecho ésto antes?

Al llegar de la Universidad creemos que los viejos encanecidos en la lucha del pulso y de las papeletas no son sino seres despreciables que obstaculizan nuestra labor; pero que cuando nos dejan solos atendiendo algún caso, casi le suplicamos nos ayuden y vuelvan a tomar el pulso y a prescribir las papeletas de que tanto vituperábamos y gruñíamos,

Todos queremos ser círujanos; primero porque la cuchilla representa el sport de la muerte y segundo porque se cree que el bisturí es sinónimo de California.

La estrechez de criterio es tan grande en el recién graduado que no admite más libro que el de texto; se ríe de Dieulafoy; más cuando prueba la miel en hojuelas de su exposición armoniosa, es como el niño glotón, que pidé a su madre más dulce hasta que se atosiga.

Es tan vago el conocimiento de dietética que nos enseñan en las aulas que sabemos todo lo concerniente a historia, etiología, sintomatología de cualquier enfermedad; pero cuando tenemos que prescribir una dieta lo pensamos; damos vueltas, y por fin después de mucha madurez, volvemos nuestros ojos a la abuela de la casá que será la que disponga lo que ha de comer el enfermo.

He dicho al principio que estoy llamando a las puertas del carácter; y se necesita mucho de ello para tener el valor de arrancarse la careta de pseudo sabio con que cubrimos nuestros errores y aptitudes durante los primeros años de nuestra carrera.

Invitamos a nuestros compañeros a que nos ayuden. Vamos de buena fé a levantar ésta sección sobre todas las demás porque sin duda alguna el interés que despertará será mucho más grande que cualquiera otro, debido, a que esos errores constituyen la base de la experiencia de cada uno de nosotros.

En el próximo número empezaremos a publicar los míos. ¿Quién me seguirá?



DE MIS LECTURAS.
CURIOSIDADES.

Dr. M. Martínez Roselló.

Onicofagia

Generalmente los individuos que tienen el hábito de comerse las uñas muestran signos de degeneración. Son débiles, perezosos, flemáticos, informales, y tienen la dentadura defectuosa. El tratamiento de la onicofagia requiere gran vigilancia por parte de los padres y el médico. En muchos casos ha dado buen resultado el pintar las uñas y los tejidos vecinos con tintura de cuasia. El excesivo amargor de la cuasia evita que los niños se lleven los dedos a la boca, y en muchos casos se han logrado curas efectivas.

* * *

Paresia de la vejiga

Para vaciar la vejiga paresiada, después del parto, o por cualquiera otra causa, llénese el intestino con una buena cantidad de agua bien caliente. El intestino y la vejiga se vaciarán al mismo tiempo.

* * *

Coma alcohólico

En presencia de un coma alcohólico debe examinarse siempre la vejiga. Es frecuente encontrarla muy llena. Si no hay estrechez, la orina se elimina expontáneamente al cabo de un rato. Pero si hay estrechez prostática o de otra índole, puede ocurrir la ruptura de la vejiga.

* * *

Forunculos

W. R. Smith empléa el siguiente método en los forúnculos: toma un trozo de gasa boricada, lo unta con vaselina; con rapidez vierte sobre ella cloroformo, la aplica y coloca un vendaje. A principio escuece un poco; pero esto cesa pronto y se siente entonces una agradable sensación de frío. De dos a veinte y cuatro horas el divieso, si no está indurado, se revienta.

* * *

Bromhidrosis e Hiperhidrosis:

Ningún remedio es tan eficaz como el formaldehido para curar la bromihdrosis y la hiperhidrosis de los piés. El uso de este medicamento, combinado con polvos, no es tan seguro en sus resultados como cuando se usa en solución. El uso del formaldehido al 40%. puro, es lo más efectivo pero mezclado con agua (una parte por ciento) y aplicado al acostarse, durante una semana, cura algunos de los más rebeldes casos. Las aplicaciones de la solución pura son muy penosas. El mal olor de los piés desaparece pronto y el padecimiento rara vez repite.

* * *

Enuresis

Stumpf ha tratado de enuresis a 12 niños y un adulto, obteniendo éxito con el sencillo procedimiento que voy a exponer: el niño dormirá con la cabéza más baja que la pelvis, cou lo que se crea un obstáculo mecánico al paso de la orina que, de este modo, no irrita tanto el esfinter vesical. La duración del tratamiento es de cerca de tres semanas, pasadas las cuales puede permitirse al niño que adopte su acostumbrada posicíón para dormir. Este procedimiento dió también muy buen resultado en dos casos rebeldes tratados en el Instituto de sordo-mudos de Wizburg.

* * *

Epistaxis

Un fácil remedio contra la epistáxis es aconsejar al paciente que mueva vigorosamente las mandíbulas como si estuvise mascando. El remedio es muy simple dice Campbell; pero no se ha visto fallar nunca, en un solo caso, aún en los más graves.

La comprensión de la arteria sobre el labio superior, cerca de la nariz, presionando sobre el hueso de la mandíbula superior, amenudo cohibe también la epistáxis.

* * *

Contusiones:

Si se emplea el aceite de olivas, en el tratamiento de las contusiones, la equímosis desaparece rápidamente. Algodón absorvente puede ser embebido en el aceite y aplicado localmente. Es mejor si el aceite se aplica tibio.

* * *

Cólico Infantíl:

Una toalla empapada en agua hirviendo, exprimida rápidamente doblada hasta tomar el tamaño del abdómen y aplicada al mismo, cubriéndola con un trozo de franela seca, actúa como remedio *mágico* coutra el cólico infantil.

* * *

Estreñimiento en los infantes:

Con frecuencia dan resultado los siguientes medios que pueden usarse cada uno, exclusivamente, o combinándolos en orden consecutivo: 1. Un pedacito de maná en cada botella. 2. Diez gotas de jarabe de higos. 3. 2 a 4 gotas de extracto fluído de cáscara sagrada. 4. Un pellizco de sal en la botella. 5. La adición de alimento Mellin a la dieta. 6 Masaje del colón dos veces en el día. 7. La adición a cada botella de dos a cuatro gramos de fosfato de sodio. 8. Adicion a la misma leche de magnesia en pequeña cantidad.

La inyección diaria de agua jabonosa, caliente, por medio de una jeringa de goma blanda, de las que se usan para los oídos, es de mucho éxito. Lo es igualmente 15 o 20 gotas de glicerina en una cucharada de agua.

* * *

Convulsiones infantiles.

Las convulsiones infantiles o espasmos pueden ser dominadas, en un minuto, por la aplicación de una o dos ventosas secas entre la séptima cervical y la primera dorsal. Esto proporciona una remisión que puede aprovecharse para administrar otros medicamentos.

* * *

Cólicos de los niños.

Cinco gotas de tintura de lobelia, en dos onzas de agua, de la cual se administrará de media a una cucharada pequeña, con el intervalo de algunos minutos, cura muchos casos de cólicos infantiles, cualquiera que sea su causa. Se administra caliente. Calma la irritación nerviosa y produce el sueño.

* * *

Aceite de olivas.

El aceite de olivas ha sido considerado empiricamente como remedio específico contra el cólico hepatico y aún contra los cálculos de la vesícula. Pero más bien actúa como sedante, durante el acceso, que como preventivo del cólico. El Dr. Artault de Vevet afirma que el principio activo del aceite, el ácido oléico es el que posee poderosa

acción preventiva en la litiasis biliar. Esta conclusión la ha deducido de observaciones llevadas a cabo en el trascurso de cerca de seis años. El ácido puede ser administrado en cápsulas de 8 gotas cada una. Si es necesario puede aumentarse a 16. El ácido oléico no solamente puede usarse como preventivo, sino también durante el ataque, al cual alivia. El autor insiste en que hay que asegurarse de la pureza del medicamento, pues con frecuencia se ofrecen fraudulentamente sustancias que le quieren, malamente, sustituir. Las siguientes conclusiones han sido hechas: 1. El ácido oléico es un remedio específico para la litíasis biliar. 2. Alivia pronto el dolor de un ataque de cólico biliar; pero su principal acción es como preventivo de los paroxismos, evitando la formación de cálculos. Es entonces, preventivo y curativo a un tiempo. 3. La dósis es de 8 a 16 gotas en una cápsula, por la mañana, durante diez dias del mes, si se nota que los ataques recurren mensualmente, o por 15 dias precediendo la probable aparición del cólico.

No se olvide, sinembargo, que en este padecimiento tiene con frecuencia que intervenir el cirujano.

NOTAS MÉDICAS DEL DIA

SURGERY GYNECOLOGY AND OBSTETRICS.

MARZO 1919.

Incompetencia de las válvulas uretero vesical no causada por obstrucción: El Doctor Thomas N. Hepburn llega a las siguientes conclusiones sobre las causas de las incompetencias de las válvulas uretero vesisal.

1º La cistitis intersticial aguda, puede causar incompetencia de las válvulas, asociadas de pielitis ascendente, aunque no hubiera historia de retensión o de distensión de la vejiga,

2º El tratamiento de la cistitis intersticial por el bacilo búlgaro puede ser de gran eficacia.

3º La recuperación de las funciones normales de las válvulas uretero vesical después de una prolongada incompetencia, es un problema del cual sabemos poco. Es de esperarse que los urólogos se den cuenta de la recuperación gradual, refiriendo los casos y observando tales condiciones.

Técnica recomendada en la herniotomía inguinal: El Dr. M. Pitzman llega a l s siguientes conclusiones sobre las hernias inguinales:

1º Todas las clases de hernias son causadas por una presión intra abdominal mucho mayor que la resistencia de la pared de la región herniada.

2º La teoría de hoy—que la hernia causa el saco—en contradicción de la antigua, de que el saco causa la hernia, merece una consideración seria.

3º En el procedimiento operatorio debe ponerse especial cuidado, sobre la reparación de los planos músculo-aponeuróticos de la pared abdominal.

4º La recomendación de Pitzman en la técnica operatoria consiste en que las suturas para reparar la pared deben ponerse antes de cerrar la *cavidad peritoneal.*

JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

MARZO 1, 1919.

Colocación anómala del riñón: comunicación de un caso: El Dr. Allen H. Bunce, refiere una autopsia practicada en el cuerpo de G. W. un adulto masculino, negro, bien desarrollado, de 5 pies y 11 pulgadas de alto, 175 libras de peso, que falleció de pulmonía, observando una anomalía en la situación, forma y riego sanguíneo del riñón izquierdo. El riñón no podía éncontrarse por la palpación de la fosa renal izquierda. Tras de una disección cuidadosa se descubrió la glánduta suprarrenal izquierda ocupando la posición normal, aunque tal vez ligeramente más grande que de ordinario, siendo también normal su riego sanguíneo. Se extirpó el aparatc digestivo, descubriéndose entonces el riñón izquierdo dentro de la pelvis y un poco a la izquierda. Su posición era retroperitoneal como se esperaba. La forma del riñón era aproximadamente la de una pera, con el estremo alargado hacia arriba. Su riego sanguíneo consistía en una arteria principal, rama de la iliaca primitíva izquierda y una rama más pequeña que emergía delante de la bifurcación de la aorta abdominal. Ambas arterias penetraban por la superficie anterior, cerca del extremo superior. Las venas, en número de dos, salían del riñon por la superficie posterior de cada extremo, desembocando en la vena iliaca izquierda. El uréter; que tenía una longitud de 9 cm., salía de la superficie anterior del riñon y pasando por detrás del peritoneo penetraba en la vejiga por el sitio ordinario. La vejiga estaba distendida cubriendo parcialmente al riñón. Los dos riñones, los ureteres, la aorta y la vejiga fueron disecados y extirpados juntos.

Un nuevo método de fijación para los cortes de parafina: El Dr, James Herbert Michell de Chicago refiere que un nuevo método para fijar los cortes de parafina sobre los porta-objetos, que acaba con los fijadores de albúmina tan molestos, ha sido

descubierto por Land, (1) y está fundado en el principio conocido de que la mayor parte de las substancias coloides al ser tratadas con una solución de una sal crómica, expuestas a la luz y desecadas se vuelven insolubles en agua. En su artículo Land describe la técnica como sigue:

Una solución de acacia al 1 por ciento, a la que se ha dado un lígero tiute amarillo con la adición de unas cuantas gotas de bicromato potásico a 0.2 por ciento, se deja correr por la superficie de un porta-objetos muy limpio. La cinta de parafiina se coloca después sobre la lámina y se expone a la luz hastá que esté seca.

Trabajando con este método, observó que los cortes en parafina quedaban fijados al porta-objetos después de haber estado expuestos a la luz por algunas horas. El fijador usado de este modo tiene sin embargo la desventaja de absorber mucho colorante, especialmente si se usa azul de mitileno policromo (eosinato de azul de mitileno) empleado coñ gran frecuencia en dermatología. Mas adelante adoptó el sistema de humedecer una torunda de algodón en las soluciones de acacia y bicromato, exprimiéndola todo lo posible y después frotándola muy ligeramente contra la superficie del porta-objetos de manera que la mezcla se secaba inmediatamente y apenas podia verse a simple vista.

Ha observado que, usando un mero indicio del fijador, los cortes se adhieren tan bien como cuando se inunda el porta-objetos, con la ventaja de que el fijador así empleado no absorbe colorante.

( ) Land W. J. C.; Botan. Gaz. May. 1915.

ILLINOIS MEDICAL JOURNAL

MARZO 1919.

Tracoma: El Dr. Clarence Loeb, de Chicago, hace enfásis en los siguientes puntos acerca del tracoma: Es una enfermedad que se propaga; se puede prevenir, y curarse prontamente si se ve a tiempo; pero si no se atiende y se abandona el tratamiento, la enfermedad da lugar casi inevitable, a la pérdida de la vista en grado más o menos intenso, acompañada de dolor y de deformidad ocular. Puede ser eradicada si se aislan todos los casos nuevos que se presenten; y la propagación se detiene, aun tomando medidas menos drásticas. Los grupos de personas asociadas constantemente deberán ser inspeccionados regularmente y someterlos a exámenes médicos, de manera que cualquier caso pueda ser reconocido temprano, previniendo de este modo la propagación de la enfermedad. Finalmente, todo caso de enfermedad de los ojos, que presente alguna secreción, deberá examinarse, puesto que los primeros síntomas, no dan idea del grado de intensidad de la dolencia ni de su curso.

PRENSA MÉDICA ARGENTINA
DIBIEMBRE 20, 1918 y ENERO 20, 1919.

Valor práctico de la reacción a la tifoidina: El Dr. Salvador Mazza resumiendo sus conclusiones, dice:

1º Que la tifoidin-reacción no tiene epecificidad y que sus indicaciones en ningún modo sirven para apreciar el grado de inmunidad que presentan los sujetos que han reaccionado positivamente.

2º Que su razón de ser no reside en una especial anafilaxia local de los tejidos, sino en una general hipersensibilidad no específica de la piel para las substancias proteicas comunes a todas las bacterias.

3º Su producción no tiene relación alguna con el contenido del suero en anticuerpos específicos y especialmente en aglutininas.

4º Los caldos estériles concentrados que hemos empleado como controles no dan las reacciones de la tifoidina ni aún resultados remotamente comparables.

Un nuevo estigma de sífilis hereditaria tardía: El Dr. Mariano R. Castex refiere lo siguiente: En un material clínico que asciende a varias centenas, de las manifestaciones más heterogéneas de la infección sifilítica hereditaria tardía, nos ha llamado la atención de constatar, en un buen número de los sujetos. la "*bifurcación de la apófisis espinosa de la primera vértebra lumbar.*"

La frecuencia relativa con que constatamos el hecho, nos hizo preguntarnos si acaso no serían un exponente distrófico de la misma heredoinfección y las numerosas observaciones clínicas posteriores nos han dado la razón.

No existen razones de orden anatómico ni embriológico, para que la apófisis espinosa lumbar se encuentre bifurcada en condiciones normales. Su existencia debe ser cansiderada como patológica y como un producto de la infección hereditarias de las hereditarias y distrofiante por excelencia de la infección sifilítica.

El estigma puede reducirse a la bifurcación leve o grosera de la apófisis espinosa de la primera lumbar, o interesar dos o tres apófisis lumbares. En un solo caso hemos constatado el fenóme a nivel de la apófisis de la 12ª vértebra dorsal.

Por lo que respecta a su frecuencia, no es grande.

Calculamos grosso modo que existe en un 30 a 35% de los casos de sífiles hereditaria tardia.

Parecería deducirse de este porcentaje que el valor semiológico del nuevo estigma fuera escaso o nulo.

Nada de eso.

Después de haber observado el fenómeno, de haber llegado a precisar su significado, lo hemos

buscado sistemáticamente y llegado a la conclusión de que su valor semiológico es grande. pues puede existir *aislado* o asociado a un número muy reducido de estigmas de la infección heritaria.

Dada la dificultad, a veces muy grande, que suele presentar el diagnóstico de la infección heredosifilítica a manifestaciones tardías, creemos útil dar a conocer el fruto de nuestras observaciones: puesto que en la «*bifidés de la apófisis espinosas lumbares*» vemos, sino un estigma constante o frecuente, en cambio un estigma distrófico, al parecer hasta ahora patognomónico de la infección sifilítica hereditaria.

NOTAS DE LA ASOCIACION

ACTA DE LA REUNIÓN DE LA CÁMARA DE DELEGADOS DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA DE PUERTO RICO CORRESPONDIENTE AL AÑO DE 1918, CELEBRADA EN LA CIUDAD DE PONCE, P, R.

En los salones del Club Deportivo de la ciudad de Ponce a las 3.30 P. M., se reunió la Cámara de Delegados de la Asociación constituída de la siguiente manera:

Presidente..............Dr. José S. Belaval.
Secretario...............Dr. Rafael Bernabe.

Delegados presentes

Dr. Rafael López Sicardó.
,, Manuel Fernández Náter.
,, Leonardo Igaravidez.
,, Bocanegra (sustituyendo al Dr. Luis García de Quevedo)
,, Alfaro Díaz (,, ,, ,, Julio Barreiro.)
,, J. Avilés (,, ,, ,, Ramos Casellas.)
,, López Nussa (,, ,, ,, Arturo Torregrosa.)
,, M. de la Pila Iglesias.
,, Pedro Malaret.

Están presentes los Consejeros Dres. Gutierrez Igaravidez y Toro.

El Presidente Dr. José S. Belaval declara constituída la Cámara de Delegados.

Se lee el acta anterior y es aprobada. También son aprobados los informes presentados por el Secretario y Tesorero.

ASUNTO DE LAS PRESCRIPCIONES DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS.

Se trata sobre los reglamentos del Tesorero de Pto. Rico con respecto a la prescripción de bebidas alcohólicas. El Dr, Belaval dice: que él como presidente de la Asociación visitó al Tesorero y le manifestó los trastornos que dicho reglamento estaba ocasionando a la profesión médica. El Tesorero le dijo que el Departaménto de Sanidad había sido el encargado de la parte técnica de ese reglamento. El Dr. Belaval investigó si ésto había ido a la Junta Superíor de Sanidad y averiguó que el Tesorero había pedido eso al Director de Sanidad y éste lo había encomendado al Director del Laboratorio Químico. Continúa el Dr. Belaval y dice él cree que las dosis especificadas en el reglamento del Tesorero eran poco más o menos las que se usan por los médicos, excepto la de alcohol que era muy baja. Opina que debemos tratar de que se modifique la dosis de alcohol para uso externo,

El Dr. Gutierrez Igaravidez pide que no se permitan turnos de más de diez minutos en la discusión de los asuntos que se traten. Es aprobado.

El Dr. Gutierrez Igaravidez reconoce que es improcedente las solicitudes del Tesorero de Pto. Rico en éste asunto. El Tesorero debe saber que en Pto. Rico hay dos organizacienes que son las que acesoran estos asuntos y que el Director de Sanidad es un simple oficial ejecutivo. Cree que toda gestión que se haga con el Tesorero de Pto. Rico debe ser en carácter semi-oficial; pues si se hace con carácter oficiai habrá que impugnar el origen de la solicitud.

El Dr. Bocanegra dice que si algún médico ha faltado prescribiendo cantidades excesivas de bebidas alcohólicas debe ser perseguído y debía estar fuera de la Asociación.

El Dr. Toro dice él no vé porque éste asunto no puede tomarse en carácter oficial Opina no debemos esperar a que el Gobierno reconosca que debe consuitársenos; sino que nosotros debemos hacernos valer. Dice que el alcohol es muy necesario para al uso externo en los hogares y que la cantidad que se permite recetar es muy pequeña. Termina solicitando se pida con carácter oficial el que se permita prescribir 500 o 1000 gramos de alcohol. La moción es secumdada por el Dr. Fernández Náter, y se aprueba.

El Dr. López Sicardó propone se nombre una comisión de entre los miembros de la Cámara de Delegados para que redacte la resolu-

ción que se ha de enviar al Tesorero de Pto. Rico Se aprueba comisionar a los miembros del Comité de Legislación.

ENMIENDA Y REVISION DEL REGLAMENTO DE LA ASOCIACIÓN.

La Comisión nombrada para revisar y enmendar el Reglamento de la Asociación dá su informe y presenta el Reglamento enmendado. El Dr. Toro propone se autorice una impresión del Reglamento según ha sido enmendado: es aprobado.

SOBRE LA CUOTA DE LOS SOCIOS

El Dr. Belaval dice él cree que de la cuota que la Asociación cobre a sus socios se debe ceder una parte a las Asociaciones del Distrito Norte y Sur, para sus gastos.

El Dr. Avilés propone se cobre semestralmente una cuota de SEIS DOLLARS y de ello se destine UN DOLLAR por cada socio a las Asociaciones de Distritos; lo secunda el Dr. Gutierrez Igaravidez y aprobado.

SOBRE UN CURSO DE MEDICINA TROPICAL A LOS RECIEN GRADUADOS.

El Dr. Belaval dice debíamos fundar en Puerto Rico un *Post-Graduate* de seis meses para todos los médicos que llegasen recien graduados y que debía hacerse obligatorio ese curso.

El Dr. Gutierrez Igaravidez manifiesta que ese ha sido su sueño acariciado por muchos años. Opina que es una lástima no se aproveche el material y personal que tenemos en Puerto Rico.

El Dr. Toro dice que la Ley del Board de Médicos Examinadores fué hecha a la carrera en el 1913 y está en muy buenas condíciones para enmendarla, porque es muy deficiente. Dice que el Gobernador escribió pidiendo hiciesen las enmiendas que creyesen conveniente para presentarlas a la Legislatura. Cree se debe especificar en esa Ley que los aspirantes al *Board* deben tener un curso de Medicina Tropical de tres meses y propone que la Cámara de Delegados de la Asociación Médica, resuelva pedir que entre los requisitos necesarios para tomar los exámenes del Board se exija un curso de no menos de tres meses de enfermedades tropicales en el Instituto de Medicina Tropical de Pto. Rico o. en su defecto. en una Institución reconocida por dicho Instituto. Esta enmienda empezaría a regir a los dos años de haberse aprobado. El Dr. Gutierrez Igaravidez secunda la moción y es aprobada,

ELECCIÓN DE OFICIALES

Fueron electos los siguientes oficiales para el año 1919.

Presidente....................	Dr.	Jorge del Toro.
Vice-presidente...............	,,	Pedro Malaret.
Secretario....................	,,	Rafael Bernabe.
Tesorero......................	,,	Jacinto Avilés.
Consejero por tres años........	,,	P, Gutierrez Igaravidez.
,, ,, dos	,,	J. S. Belaval.

Se acuerda celebrar la próxima Asamblea Anual a fines de Agosto en Aibonito.

No habiendo otros asuntos que tratar se termina la sesión a las 6 P. M.

Dr. Rafael Bernabe.
Sec. Aso. Médica de P. R.

INFORME DEL SECRETARIO A LA CAMARA DE DELEGADOS CORRESPONDIENTE AL AÑO 1918

Señores Delegados:—

Entre los deberes que el reglamento de esta Asociación impone al Secretario, está el de hacer un informe anual a la Cámara de Delegados.

Debido a la renuncia del Dr. Laugier para ingresar en el Ejército en el mes de febrero, fuí nombrado Secretario de la Asociación. Desde esa fecha la Directiva y Consejo han celebrado diez sesiones, en las cuales se han tratado asuntos de interés general beneficiosos para la misma.

Se visitó al Gobernador en el mes de marzo para pedirle que se le conservasen los puestos a todos aquellos médicos que al ingresar en el Ejército estuviesen ocupando algún cargo públíco, nombrando a sus sustitutos con carácter interino. El Gobernador prometió que así lo haría.

Se pasó una circular a todos los médicos de la isla, citándoles para una reunión general el 7 de abril, en la que se tratarían asuntos de interés general para la profesión y especialmente discutir el futuro bienestar de los médicos que ingresasen en el Ejército, tratando de conservarle su clientela, etc. Esta asamblea no pudo llevarse a efecto por haber concurrido una exígua minoría. Entre los presentes se cambiaron impresiones y se acordó recomendarle a los Municipios nombrase con carácter de interino a los sustitutos de los médicos titulares que abandonasen su puesto para ingresar en el Ejército. También

se acordó notificarle a todos los medicos de Puerto Rico que la Asociación aceptaría como correcto cualquier pacto que se formase entre un médico que ingresase en el Ejército y el médico que los sustituyese en su clientela.

La Asociación desde un principio se puso incondicionalmente a las órdenes de la Asociación Médica Americana para el trabajo relacionado con la guerra que ésta última estaba llevando a cabo, y ésto dió lugar a que la correspondencia entre una y la otra aumentase considerablemente.

Se pasó una circular a todos los médicos de la isla notificándoles la petición del Cirujano General, solicitando cinco mil médicos para la reserva.

En el mes de agosto se le dió una recepción al cuerpo médico del Ejército en Puerto Rico.

A pesar de la guerra, temblores, epidemia de influenza, etc., la Directiva se reunió regularmente todos los meses, e hizo cuanto pudo por llevar a efecto la Asamblea Anual; pero debido a las calamidades enumeradas no fué posible, y con el voto de la mayoría de los delegados de esta Cámara, acordó suspenderla

De todo el trabajo llevado a cabo por la Junta Directiva y Consejo, dejo constancia en el libro general de actas.

Es todo lo que tengo que informar.

Atentamente,

Dr. R. Bernabe

INFORME DEL TESORERO.

Tengo el honor de presentar a esta Cámara, el informe de Tesorería correspondiente al año 1918, el cual es como sigue hasta el treinta y uno de Diciembre:

Ingresos

Primer semestre	$	383.00
Segundo semestre		328.00
Total	$	711.00

Egreros: por el año

Comprobante	núm. 1	(alquiler de casa)	264,00
Id.	núm. 2	(sueldo del escribiente)	142.00
Id.	núm. 3	(ímpresión del Boletin Médico)	159.60
Id.	núm. 4	(servicio postal)	43.25
Id.	núm. 5	(efectos de escritorio e impresos de oficina)	36.68

Comprobante núm. 6 (recepción a los médicos del cuerpo médico militar)		64.35
Id. núm. 7 (compra de libros para la Biblioteca)		89.00
Id. núm. 8 (misceláneas)		106.70
Total	$	903.58

Existencia en caja..........................$ 1140.41
Valor de las propiedades de la Asociación.... 149.00

Acompaño el certificado expedido por la Secretaría de Puerto Rico del informe de esta Tesorería correspondiente al año de 1917, el cual fue examinado debidamente y cuyo texto es como sigue:

Señor.

Tengo el honor de comunicarle que con fecha de hoy han quedado archivados en esta oficina los siguientes documentos de la ASOCIACION MÉDIDA DE PUERTO RICO.

(1) Informe anual de 1917.

(2) Certificado de elección de oficiales y directores.

(3) Certificado relativo a la elección del Dr. Rafael Bernabe como Secretario, en lugar del Dr. Agustin R. Laugler.

Le incluyo un recibo por la cantidad de UN DOLLAR ($1.00), que ha sido satisfecha en pago de los derechos correspondientes por el archivo de los dos últimos documentos.

Ramón Siacá Pacheco,
Secretario Ejecutivo.

Es todo lo que tengo a bien manifestar a este organismo de la ASOCIACION MÉDICA DE PUERTO RICO.

Respetuosamente,

Dr. Jacinto Avilés,
Tesorero Aso. Med. P. R.

CARTA QUE CON MOTIVO DE UNA RESOLUCION TOMADA EN LA ULTIMA ASAMBLEA SE DIRIJE AL TESORERO DE PUERTO RICO

Marzo 12 de 1919

Hon. José Benedicto,
Tesorero de Puerto Rico,
San Juan, P. R.

Honorable señor:

En la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Pto. Rico celebrada en la ciudad de Ponce el día 9 de Febrero del presente año,

se presentó a discusión el asunto de la reglamentación de la prescripción de alcohol y preparados conteniendo alcohol. Como resultado de la discusión fué acordado, que la Asociación Médica recabara del Tesorero de Puerto Rico que admita a la profesión médica el poder recetar, y que le sea despachado, alcohol etílico puro, para todos los usos múltiples en que dicho producto químico se emplea fuera del uso interno, en las cantidades de quinientos a mil gramos.

La Asociación no tomó resolución alguna en cuanto a las bebidas alcohólicas para uso interno, solo sobre el alcohol puro para uso externo.

La Asociación admite la imposibilidad de una reglamentación infalible en un problema tan complejo como el prohibicionismo, y sabe que las reglamentaciones formuladas tienen la mejor buena fé de hacer cumplir la ley. La Asociación se da cuenta también de que estas medidas cohibitivas hacia la profesión médica han sido provocadas tal vez por abuso de alguno de los miembros de la profesión; pero la Asociación Médica no puede dejar de protestar de que a todos sus miembros se les mida del mismo modo, y que aquellos que respetan las órdenes legislativas se vean cohibidos en la práctica legal de su ministerio por un pequeño número que abuse de sus facultades. La Asociación no tiene inconveniente ninguno en que se impongan las penalidades más severas a los infractores de las ordenanzas, pero no puede ver con indiferencia el que debida a las dificultades actuales, muchos ciudadanos que de toda suerte son honrados, se vean tentados, y tal vez obligados a valerse de mañas para obtener lo necesario llenando los requisitos reglamentarios, como se dice acontece con la actual obligación de desnaturalizar el alcohol de tal manera que lo hace hasta peligroso para su uso externo.

Considera la Asociación que la cantidad de sesenta gramos de alcohol es muy pequeña para uso externo, y que además, para conseguir mayor cantidad se obligue a adulterarlo de tales modos contrarios absolutamente a la práctica terapéutica.

Deseo repetir de nuevo, que la Asociación solo toca en este asunto a la cantidad de alcohol para uso externo, y en su empleo como solvente de preparados para uso externo, fricciones, prevención de úlceras por decúbito, aplicaciones de ventosas, esterilización de campo operatorio (especialmente en aquellos casos en que hay que usar alcohol puro sin otras substancias químicas) para tratamientos por fomentaciones, quemaduras por ácido fénico y creosata, envenenamiento por ácido fénico y creosota (y en este caso hay que usarlo

también al interior) otros envenenamientos y un sin número más de usos que en este momento escapa a la memoria, otros que los del uso del alcohol para embriagarse.

En resumen: La Asociación Médica de Puerto Rico espera de[1] Hon Tesorero de la Isla, que tenga a bien modificar el reglamento actual en el sentido de que la cantidad de alcohol etilico puro que se le permita recetar a un médico, sea hasta quinientos gramos en vez de sesenta.

De V. con toda consideración,
JORGE DEL TORO
Presidente de la Asociación Med. de P. R.

ASOCIACION MEDICA DEL DISTRITO NORTE

SUS REUNIONEB DE LOS VIERNES

Muy interesantes y amenas estan resultando las sesiones informales de nuestra Asociación que se llevan a efecto todos los viernes a las 8 P M. en el local de la Asociación Médica de Puerto Ríco. La asistencia de los compañeros, aunque no tan nutrida como es de esperarse, va siendo cada día mayor y es seguro que entre poco tendremos el placer de presenciar reuniones bien concurridas que revelan el interés profesional de nuestra clase y pongan en relieve las energías que hasta ahora hemos considerado dormidas, las que bien aplicadas y reforzadas por la iniciativa y el entusiasmo colectivos, han de contribuir poderosamente a la solución de los muchos problemas vitales a que está llamada nuestra clase a resolver, tanto en el orden médico como en el socíal: Es labor patriótica y pr6fesional, al mismo tiempo. Es de esperarse que el entusiasmo en pro de estas reuniones, no decaiga y que cada médico en su programa semanal dedique la noche del viernes a sus compañeros y a la Asociación. El hábito habrá de formarse y entre poco tiempo podremos convencernos de que la sociedad que todos formamos y por cuyo éxito todos somos respon sables está siendo algo práctico en nuestro bien y el del público en general.

Hagamos, pues, que los VIERNES MÉDICOS sean justo crédito a nuestros buenos deseos e iniciativas,

F. Alfaro Díaz,
Sec. Aso del Dist. Norte.

Reunión del viernes, 14 de Marzo de 1919.

Tema: Relaciones de la clase médica con el Gobierno Insular. Conferencista: Dr. Pedro Gutierrez Igaravidez.

Tratado el tema con la brillantez y elocuencia que siempre sabe hacerlo el Dr. P. Gutierrez Igaravidez, aunque someramente abarcó los puntos que a continuación se expresan,

1 La necesidad de que en Puerto Rico se creen plazas de Médicos Forenses.

2. Beneficio que reportaría a la clase médica y al público las relaciones más íntimas entre la Asociación y el Departamento de Sanidad.

3. La creación de Hospitales insulares bien organizados y dirigidos.

Estos temas seguirán siendo discutidos y desarrollados en subsiguientes reuniones.



DIRECTORIO

SUMARIO

Páginas.

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PTO. RICO

PUBLICADO TRIMESTRALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XIII — JUNIO 1919 — NUMERO 123

EDITORIAL

EL MATRIMONIO DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO

Dr. F. del Valle Atiles

Reconocido que el matrimonio es la base de la familia, la unidad social que en el período actual de la evolución humana constituye la unión monogámica de los sexos, ofrece a nuestra consideración dos aspectos ambos interesantes, ambos capitales; son ellos dependientes de dos factores: el psíquicc y el físico.

El segundo de éstos factores tiene para la profesión médica una importancia que, en general, no se le reconoce por las personas agenas a la medicina; y sin embargo importaría y mucho a los intereses generales de la humanidad que fuese reconocida, puesto que de la buena salud de los contrayentes dependen, en parte, la estabilidad del matrimonio, la felicidad mútua de los cónyuges, y en aquella descansa el porvenir de la raza.

Entre todas las contingencias que desde el punto de vista físico preocupan al médico en los tiempos presentes, figuran en primer término las dos grandes enfermedades venéreas, sífilis y gonorrea, que la poliandria, practicada en las mancebías, generalizan, amenazando acabar con la vitalidad de las generaciones futuras, si no se les pone coto.

Por esta razón se ha despertado un movimiento general en el mundo civilizado y especialmente en los Estados Unidos, en donde la guerra última puso al descubierto la extensión de ésta gran llaga social.

La profesión médica está cumpliendo con su deber de llamar la atención pública hacia los grandes peligros que envuelve la prostitución, y hoy todos los departamentos de Sanidad en los distintos estados de la Unión procuran instruir al público, educar a la juventud y establecer medidas profilácticas y curativas que restrinjan y acaben con los males d pendientes de las enfermedades venéreas.

Al efecto y como un ejemplo de éste movimiento reproducimos de la Circular del Departamento de Sanidad del Estado de New Jersey

el siguiente sumario acerca de lo que se espera de la profesión médica como cooperación a la campaña anti-venerea, seguida por aquel Departamento:

"LO QUE SE ESPERA DE LA PROFESION MÉDICA"

1ª Que procure siempre utilizar los medios que ofrece el laboratorio para el diagnóstico de las enfermedades venéreas. El laboratorio del Estado está a la disposición de todos los médicos libre de gastos, y los medios para recoger las muestras serán proporcionados al que los pida.

2ª Que empleé en el tratamiento de estas enfermedades el método más perfecto, con preferencia el recomendado como tipo por el Ejército y la Armada.

3ª Que ayude al Departamento a reprimir las Enfermedades Venéreas, del modo siguiente:

(a) Cumpliendo con las leyes que rigen acerca de las enfermedades venéreas, y especialmente dando noticia de las mismas.
(b) Dando instrucciones a los pacientes; las cuales se pueden obtener pidiéndolas al Departamento.
(c) Empleando su influencia en la comunidad para levantar el sentimiento público contra estas enfermedades, y para que se haga un esfuerzo tendente a combatirlas.
(d) Tratando si es posible de descubrir el orígen de la infección, y que tales personas infectadas sean debidamente asistidas.
(e) Infundiendo en la mente de los pacientes la idea de la gravedad de su dolencia, y de cómo deberán protegerse a sí mismos y a otras personas contra ellas.
(f) Tomando medidas para evitar que los individuos que padecen de Enfermedades Venéreas, y que están bajo su cuidado, sean una amenaza para la salud pública."

Nos importa que Puerto Rico no se quede atrás en este movimiento mundial; entendemos que tanto el Departamento de Sanidad como nuestras Asociaciones Médicas y los miembros todos de la profesión debemos interesarnos en que se establezcan en la isla aquellas medidas que la experiencia ha demostrado ser útiles para reprimir las Enfermedades Venéreas y sus terribles consecuencias, que tan desfavorablemente están influyendo en el porvenir de nuestra raza.

Es tiempo de que pensemos en cosas serias y hondas, y nos dejemos de andar por las ramas cuando se trata de nuestra felicidad presente y futura como pueblo.

A continuación publicamos un trabajo relacionado con este asunto, en el cual aportamos algunos datos que merecen ser conoci-

dos, y que fueron recogidos antes de cerrarse el Hospital Especial de Mujeres, que no debió desaparecer, pues si bien no puede decirse que llenaba por completo la necesidad que tenemos de dispensarios gratuitos para tratar las enfermedades venéreas, era sin embargo un paso ya dado en este camino.

El punto de vista médico en lo concerniente a ciertas enfermedades en relación con el matrimonio, es que ellas constituyen un impedimento en cuanto perjudiquen a la procreación; y por lo tanto aconseja evitar las uniones entre personas que por estar enfermas puedan trasmitir directamente, legar la tendencia a adquirir el mismo padecimiento o causar la degeneración de la prole. En cuanto a las enfermedades venéreas, la opinión médica se condensa en la siguiente regla:

A ninguna persona afectada de venéreo o de sífilis se le debe conceder licencia para contraer matrimonio hasta después de haber obtenido un certificado médico de estar completamente curada de tales enfermedades. El corolario de este axioma es que debe exigirse el certificado de salud para otorgar toda licencia matrimonial; así lo pide la debida protección de los cónyuges sanos y de la descendencia.

UN ESTUDIO DE 168 CASOS DE PROSTITUCION

POR EL

Dr. F. del Valle Atiles

Felix qui potuit rerum cognoscere causa.

Comprende este estudio algunos hechos referentes a un aspecto de la vida sexual, que, no obstante los muchos volúmenes escritos acerca de la materia, ofrece todavía vasto campo a la investigación y a la controversia. Existe diversidad de criterio acerca de como se ha de tratar la prostitución. Abogan algunos por que se la sugete a reglamentos, y otros se declaran abolicionistas. Dicen los primeros: Debe sugetarse a reglas en beneficio de la decencia, de la salud y del orden; mientras que los segundos son opuestos a que se dicten leyes u ordenanzas encaminadas a regular la práctica de la prostitución, en virtud de que todas las reglamentaciones ideadas, desde Napoleón I hasta la fecha, han fracasado en sus propósitos, y porque estiman impropio del Estado el intervenir con reglas que impliquen un reconocimiento de impotencia para impedir el mal, y por ende envuelven el concepto de una autorización. La idea abolicionista no nació pues inspirada por una indiferencia descorazonante ante este tráfico, opuesto a las buenas costumbres, sino que ha surgido a

causa de la ineficacia de todas las reglamentaciones fraguadas para evitar los contagios y para reprimir el mal, y por tanto las denuncia por inútiles; pero al propio tiempo indica el único medio capaz de combatir ésta enfermedad social, basándose en una investigación cuidadosa de sus causas, cual es procurar que se despierte una acción comunal que las abata.

Yo soy abolicionista, y no creo que la prostitución sea un mal necesario e incoercible. Rechazo estos conceptos por incompatibles con la evolución de la humanidad hacia el bien. La existencia de ésta enfermedad social, así como la de males de índole análoga, sólo nos dice que algo está equivocado en nuestra organización social presente; y no parece digno de hombres que tienen conciencia de sus deberes, cerrar los ojos ante las miserias humanas, en vez de buscar el error y tratar de subsanarlo.

Desde éste punto de vista, y considerando el asunto sin optimismo exajerado ni pesimismo enervador, es que presento ésta información; la cual, aunque pobre, representa un pequeño esfuerzo, en modo alguno pretenso de resolver la cuestión, sino encaminado a despertar el interés dc las personas honorables hacia el asunto, a fin de ayudar a que se disminuya la extensión del vicio degradante, en la medida que lo permita una labor extintiva de las causas que está en nuestro poder suprimir.

Aspirar a extirparlo de raiz, no sería sin embargo acariciar un proyecto perpetuamente utópico; pero debemos reconocer que; determinada la prostitución por tan distintas causalidades, la empresa de aniquilarla es árdua, y lento el proceso de su extinción.

Es indudable que defectos en la conciencia del deber alimentan éste vicio, por lo cual, cuanto sirva para procurar el desarrollo del sentimiento de la responsabilidad, generalizar una concepción mas alta de los fines de la vida, y dar una más clara percepción del bien y del mal, restará fuerzas a las instigaciones de la carnalidad bruta.

Es axiomático que el progreso de la conciencia hacia el deber se significa por la suma expresión de la fuerza de que está dotado el hombre para vencerse asimismo, doblegar sus inclinaciones desordenadas y elevar su dignidad. Cuando nos hacemos cargo de las contingencias a que expone el cultivo del trato promíscuo, y tenemos en cuenta cuanto repugna al sentido del decoro el comunismo de la mujer, es dificil hallar explicación satisfactoria al patrocinio que le otorgan personas, por otros conceptos muy celosas de su respetabilidad, como no sea la de un irreflexivo acto impulsado por el sensualismo

no refrenado, que inhibe la visión del riesgo, la apreciación recta del hecho y la conciencia del deber.

Los documentos relativos a los casos que voy a presentar han sido recogidos por mí personalmente. Sin duda éste no es un trabajo completo; para serlo habría necesitado del concurso de otras personas en la recolección de mayor número de antecedentes, y para comprobarlos en casos de dudas; tampoco he usado los últimos métodos que hoy se emplean en la medición de la capacidad intelectual, a fin de conocer la edad mental de las observadas, pero he procurado verificar en lo posible las noticias adquiridas antes de aceptarlas como fundamento para sacar conclusiones, y he anotado cuidadosamente las manifestaciones que podían servirme al objeto de apreciar su desarrollo intectual y el nivel de su mentalidad cabal; tampoco hallareis en él ideas originales, y su novedad solo estriba en lo que tiene de estudio local.

Nuestros casos fueron observados en el «Hospital especial de mujeres,» establecido por el Municipio de San Juan para el tratamiento de las enfermedades venéreas del sexo femenino. Todas las pacientes que examinamos, con excepción de cuatro, convinieron en que vivían de la prostitución. Las que negaron estar prostituidas, manifestaron vivir en concubinato. De ellas una informó qne había sido deshonrada por persona con quién no mantenía entonces relaciones amorosas. Su instrucción es nula; asistió seis meses a la escuela, y, sin embargo, no conoce las letras. Tiene una hermana que vive en concubinato, un hermano epiléptico, y un primo hermano de su madre murió loco.

Otra confiesa que ha vivido maritalmente con tres hombres distintos, y aunque el primero quiso casarse, ella rehusó. Su intelectualidad es limitadísima; tiene un defecto de pronunciación de los señalados por el Dr. D. Dupruy entre las anomalías del lenguaje observadas en los niños atrasados, que consiste en el tartajeo; defecto que ella dice es de familia. Una hermana está divorciada.

La tercera nos dijo que la habían casado a la edad de doce años y que fué viuda a los quince. Ha sido bailarina, no sabe leer ni escribir, pues sólo estuvo un mes en la escuela; padeció de tifoidea, y es un tipo marcado de instabilidad.

La cuarta tampoco fué a la escuela. Su padre opinaba que el leer y escribir solo servía a las muchachas para llevar cartitas en el seno. Ha vivido en concubinato con varios, y en dos temporadas con el seductor; con quien se marchó a vivir por primera vez a los 15 años.

Aún aceptando que se trata de concubinarias, las hemos incluido

en el grupo general, por cuanto el campo que separa el concubinato de la prostitución está muy mal deslindado; y en no pocos casos sólo constituye un paso de transición.

Tanto entre éstas, como entre las que reconocieron estar prostituidas, nos hallaremos con casos de pasividad indiferente, de abulia, como la que se entregó sin protesta al primero que la solicitó; de incapacidad mental; de laxitud moral en miembros de la familia, de herencia morbosa, comprobada en las genealogías familiares, en donde descubriremos taras patológicas en el padre o en la madre y a veces en ambos o en los colaterales; todo lo que justifica la presunción de que muchas, acaso la mayor parte de estas desgraciadas, son seres predispuestos por la degeneración, lo cual confirmaría en Puerto Rico lo que dice Octavio Bunge.

"Cada día es mayor, según las investigaciones de la ciencia, la sombra funesta que la degradación proyecta sobre la especie humana;" y ello vendria a justificar la importancia que tiene la herencia en los problemas de órden moral.

Pasemos ahora a examinar el grupo en su totalidad. La edad de las 168 mujeres examinadas, fluctuaba entre los 15, las más jóvenes; y 29 la más vieja; siendo las de 15, 16, 17, 19 y 22 las que formaban los grupos más nutridos. El tiempo que llevaban en la vida de prostitución era desde un mes hasta 12 años. La mayoría sólo contaba 1 o 2 años de rameria.

Todas fueron núbiles entre los 10 y 17 años; la mayor parte lo fué a los 13; siguiéndole, en orden correlativo de edad, las de 12, 15, 14, 11, 10, 17 y 16 años.

Su calidad de doncellas había cesado en la época más temprana, a los 8 años y en la más tardía a los 19. La edad de 14 es en la que más veces ocurrió el hecho. En 19 casos tuvo lugar antes de la pubescencia. En 1 la víctima tenía 9 años cuando su novio la violó, causándole tales lesiones, que hubo de permanecer 3 meses en un hospital. El 11 51% de éstas infelices habían dejado de ser vírgenes ántes de la primera época menstrual, No estamos autorizados para atribuir al paradogismo infantil ésta precocidad; si existió o no, se combinaron otras causas para favorecer éstos atentados contra menores, verdaderos abusos sexuales; pudiera sospecharse que en algún caso actuara la conocida perversión del apetito sexual que consiste en elegir niñas inocentes para satisfacerlo; aunque por lo común estos psicópatas eligen sus víctimas entre menores de 7 años.

Es un hecho digno de anotarse, que el consorcio en éstas mujeres, ya fuesen casadas o concubinas, cuando se prolongó más, sólo durara 3 años; en 20 casos la vida en común no llegó al año; y regis-

tramos 8 parejas en las que el idilio había terminado ántes del mes; siendo en 3 de ellas tan efímero, que acabó a los tres días; lo que nos trae a la mente el dicho de Forel, tratando del sentimiento de familia: «Algunos animales son, dice el ilustre catedrático de Psiquitría de la Universidad de Zurich, desde el punto de vista de la intensidad de los sentimientos de simpatía y del deber, así como del amor y la fidelidad conyugal, bastantes superiores a la mayor parte de los hombres.» Lo general es que el seductor abandona a la seducida, pero hay también ocasiones en que ésta desierta de aquél, dejándose ver en ambos casos, que no ha existido el nexo de una unión duradera, ni tan solo una pasión sexual, sino raptos de voluptuosidad a los que siguió pronto la indiferencia, cuando no el odio. La tenacidad y perseverancia del cariño, bases de la vida de familia, han estado ausentes.

Clasificadas según el color, las blancas eran 70 y las de origen negro estaban representadas por 98, distribuídas por lo tanto en una proporción de 40.70% y 58.8.% respectivamente, lo cual se conformaría con la opinión de que la pasión sexual es más violenta en la raza de color, y que éste exceso impetuoso se relaciona con el poder mental, estimado en común.

La condición legal del nacimiento las separaba en 98 hijas legítimas y 70 ilegítimas.

Su estado civil en 134 solteras, 28 casadas, 4 divorciadas y 2 viudas.

Con respecto a reproducción, 135 eran nulíparas; 15 multíparas y 18 primerizas.

En lo concerniente a nacionalidad, exceptuando 1 dominicana y 1 colombiana, las demás eran portorriqueñas, nacidas en 54 distintas poblaciones de la isla; siendo las ciudades de San Juan, Ponce y Mayagüez las mayores contributarias al contingente total.

Son bien conocidas las dificultades que ofrece el hacer una buena estadística, y las causas que le restan exactitud. La que acabo de exponer, por lo limitada y por otras razones, no se presta siempre a servirnos para sacar de ella conclusiones firmes; tenemos, por ejemplo, la condición de legitimidad: sería un absurdo deducir que ésta favorece el vicio, por el hecho de que 98 de las interrogadas dijeron ser casados sus padres y 70 no. Ni aún probado que la afirmación de las interesadas fuese cierta en todos los casos, tendría valor la deducción, toda vez que el número de las registradas en el hospital era reducido, y sólo representaba un por ciento muy bajo del probable total de prostituidas existentes en la Isla. Aclaro esto, no para deducir que haya sido inútil coleccionar tales antecedentes.

sino para que se vea que estimo su verdadero valor antes de sacar de ellos consecuencias.

La condición legal que hace legítimos a unos seres y a otros no, debe ser considerada para los fines de nuestro ensayo, asociada a otros factores en la producción de la prole destinada o a vivir una vida honesta o a poblar los burdeles. La prostitución recluta su personal entre todas las clases sociales; pero las familias que se hallan colocadas en un nivel social inferior, dan en todas partes el mayor contingente, sean o no hijas de legítimo matrimonio. La miseria y otras circunstancias, ofrecen un flanco debil a los seductores para triunfar sobre las que no han alcanzado en la vida una posición desahogada.

Por otra parte el ser casados no supone necesariamente la integridad moral de los cónyuges, ni que éstos no hayan sumado taras patológicas que transmitir. La institución del matrimonio tal como se halla establecida, necesita reformas. En su manera actual el enamoramiento de los contrayentes se respeta, mientras que no se tienen en cuenta los intereses de la descendencia. Se invocan el derecho y la libertad sólo en cuanto satisfacen al yo y para saciar tal vez apetitos personales o quizás los sentimientos naturales de un amor puro; pero se olvidan las lesiones que se pueden inferir a los hijos y los derechos de éstos y los de la sociedad, cuando menospreciamos considerar los elementos perturbadores que al verificarse la unión conyugal darán nacimiento a una prole enferma.

El fin del matrimonio es la reproducción de la especie, los intereses de ésta no pueden ser pospuestos a los de los contratantes de un concierto matrimonial. En los países que van a la vanguardia de la civilización, ésta proposición informa ya las leyes matrimoniales. En Basilea, Suiza, un tribunal prohibió, hace poco a un joven afecto de debilidad mental que se casase: y fundó la sentencia en que: "Aunque una persna fuese capaz de trabajar, ganarse la vida, ser tablajero, copiar cartas, ser hasta buen tirador y capaz de prestar su servicio militar, podía ser, no obstante, incapaz para el matrimonio. El estado tiene el deber, en interés de la vida de familia y de la futura generación, de impedir el matrimonio de los débiles de mente a fin de no criar una raza de incapaces."

Volviendo a nuestra estadística, podemos corroborar que la influencia relacionada con el tamaño de las poblaciones, y el estado civil actúa de igual modo, en la composición de nuestro grupo, que lo hace en todos los países en donde se ha estudiado este problema. Mejores facilidades y mayores incentivos en las poblaciones grandes para la vida desordenada; y menor protección a las solteras contra

la sensualidad masculina, son factores que se encuentran en todos los climas y razas civilizadas, actuando de igual modo.

Respecto al grado de instrucción, la deficiencia que hallamos es enorme. Mientras sólo registramos 18 que sabían leer y escribir, entre las cuales una había alcanzado el título de maestra; 150 no conocían las letras. Algunas asistieron a la escuela sin provecho; ellas mismas reconocen que tenían "Muy dura la cabeza" para aprender; otras dijeron que "les gustaba más jugar", "que no ponían atención" "que peleaban con las profesoras" o daban cualquier otra razón trivial. Las más no habían sido nunca enviadas a ningún centro docente. Hay una que asistió durante 2½ años a la escuela, y no pudo aprender a leer ni a escribir.

La incapacidad para sacar algún beneficio de la escuela común es notoria en el mayor número, y nos induce a juzgarlas tipos anormales, lo que correspondería con la observación anotada por el Consejo Comunal de Bruselas, en su informe referente a los niños retrasados: "Los anormales perdían el tiempo, vegetaban sin provecho intelectual alguno, y si algo adquirían era disgusto y antipatía por la escuela. En lugar de desenvolverse su inteligencia, obscurecíase paulatinamente hasta que obligados a abandonarla, salían a aumentar el número de los pervertidos, de los excluídos de la sociedad."

Por otra parte el Dr. Henry Herbert Goddard, Director del Laboratorio de Investigaciones de la Escuela de Instrucción práctica establecida en Vineland para muchachos de ambos sexos débiles de mentalidad, dice, comentando el hecho de que en Génova, población de Illinois, el Dr. Bridgman halló que de 104 muchachas de un reformatorio que habían sido llevadas allí por vida inmoral 97% eran débiles mentales. "Muchos jueces competentes estiman que el 50% de las prostituídas lo son," y añade:

"Algún día una comisión contra el vicio, o una corte progresista, arrestará a un grupo típico de prostitutas y las examinará su mentalidad por métodos aprobados. Entonces se acercará el problema a su solución. Una gran mayoría se encontrará que son débiles mentales; una parte del resto, se descubrirá que son de muy baja intelectualidad, aunque no lo que ahora conocemos por débiles de mentalidad; unas pocas serán anormales sexuales, y el resto probablemente víctimas de las circunstancias."

En los casos que han sido objeto de nuestro estudio, puede anticiparse que ésta calificación está de acuerdo con lo que hemos podido conocer acerca de su escasa mentalidad e inteligencia, anormalidades y accidentes: se vé, pues, que la prostitución es consecuencia y enfermedad a la par, y la hemos de considerar en relación con otras

enfermedades de que padece la sociedad, y en sí misma; siendo por tanto lógico esperar de toda organización social que presuma de sabia, que trate de prevenir este mal, atenuarlo y curarlo si fuese posible, proveyendo para ello adecuados arbitrios de orden económico, jurídico, intelectual y moral.

Nuestra investigación nos ha permitido comprobar que en estas enfermas morales predomina la versatilidad, la indisciplina, la irascibilidad, la ineptitud para toda concentración, un infantilismo permanente; al lado de impulsos de generosidad, odios africanos: tendencia al chisme, a la mentira y no poca superstición; una serie inconexa de manifestaciones de temperamentos desequilibrados, en personas mal alimentadas por lo común, intoxicadas por el tabaco y el alcohol y sobre-excitadas por una vida de excesos.

La penuria moral de éstas criaturas las incapacita para distinguir claramente la diferencia entre las acciones buenas y las malas. Al mayor número les faltó un padre o una madre con suficiencia intelectual para influir sobre ellas cuando niñas, educando sus emociones morales; y esta deficiencia no la suplió tampoco la escuela. En nuestras enfermas hasta el sentimiento estético, instintivo en la mujer, se manifiesta pobremente. Las más están tatuadas con dibujos vulgares; flechas, corazones, letras. El gusto por los colores chillones y por los afeites y perfumes de pacotilla, denuncian esa escasés de facultades estéticas secuela de su deficiente educación, pues sabido es que el sentido estético, como afirma C. Vacherof, está en razón directa del desarrollo intelectual.

Pasando ahora a los datos que nos suministra la ocupación ejercida por ellas antes de pervertirse, tenemos las siguientes:

Maestras	1
Niñeras	1
Fábricas de pastas	1
Dependientes de puestos de leche	1
Camareras de hotel	2
Artistas: 1 Bailarina y 1 Volatinera	2
Lavanderas	2
Costureras	5
Fábricas de tabacos	15
Servicio doméstico	24
Ninguna ocnpación	114

Es decir un 67.85% nunca habían trabajado ni habían aprendido oficio alguno. Si esto se debió a la pereza connatural, o a falta de medios fué difícil precisarlo; pero es más de creerse que se trate en

muchos casos de una desidia ingénita, toda vez que aún en las que han ejercido algún oficio o profesión, hemos comprobado que ninguna se mantuvo en él más de un año de un modo contiuo, y las más sólo meses o semanas. Nótase que aquellas ocupaciones que ofrecen mayores oportunidades para la seducción, son las que han dado el mayor contingente. Sirvientas y obreras en las fábricas.

En lo que respecta a la ocupación de los padres, poco hemos podido averiguar en concreto; pero de un modo general podemos afirmar que la inmensa mayoría ocupaba una posición económica desventajosa; jornaleros los más, maestros u oficiales trabajando en oficios pocos remunerativos; tal o cual industrial o comerciante en pequeña escala. Aunque la escasez de recursos no lleva indefectiblemente a la prostitución, el que este vicio reclute más mujeres de las clases pobres que de las acomodadas depende, aparte de la necesidad, de contingencias inherentes a la falta de recursos; tales como el tamaño reducido de las habitaciones, dormitorio común a padres e hijos, y a veces laxitud de costumbres; todo lo cual puede despertar tempranamente el erotismo sexual.

Un gran número de hijos es una circunstancia perjudicial para su mantenimiento y educación cuando de familias pobres se trata, a causa del aumento de las dificultades económicas que crea el sostenimiento y buena dirección moral de una prole numerosa. Desde éste punto de vista no cabe dudar que el terreno sea adecuado para la semilla de la prostitución. En las historias que hemos recogido, no es sólo el número de hijos lo que nos explica el relajamiento de costubres de estos, pero si es una concausa evidente.

Nuestra estadística acerca de éste aspecto de la cuestión, sólo se refiere a 100 de los 168 casos, y nos revela que el tipo de reproducción es bastante alto en general; si bien el término medio es de 6 hermanos, incluyendo es esta cifra los nacidos de los mismos padres y los medio hermanos. Esto concuerda con lo que dice el Dr. Giorge A. Hare, Fresno, California: "El hecho de que los nacimientos entre las clases inferiores aumentan de año en año es tan patente, que es supérfluo ofrecer pruebas de ello."

Hemos registrado un 13% de casos en que los hijos eran más de diez y en algunos se sumaban once, trece, catorce, dieciseis, ventitres y hasta ventiocho. Relataré compendiada la historia de ésta última prolífica pareja, curiosa por más de un concepto. El era un curandero espiritista, ella una epiléptica y alcohólica; y entre ambos enjendraron 20 hijos; 13 varones y 7 hembras. Estas fueron todas prostituidas. La madre de éste ya numeroso linaje, tuvo de otra unión 5 hijos más; de los cuales 2 alcohólicos; y el padre trajo al mundo otras 3 criaturas, cuya conducta desconocemos.

Desde luego salta a la vista en éste caso además de la inconsiderada fecundidad excesiva de los padres, la inmoralidad de ambos; la vagabunderia del padre, la epilepsia y alcoholismo de la madre, y la falta de apreciación de su responsabilidad en ambos. El sentido moral del padre lo podemos medir por el hecho de que recibía dinero de la hija que examinamos a la cual no le permitía que viviese en concubinato, para obtener mayores proventos de su prostitución.

Las razones que nos dieron las casadas para estar en la vida meretricia fueron:

Por no congeniar con su marido,.............	1
Porque éste no le daba lo necesario....	1
Por muerte de éste	1
Porque el esposo llevaba una vida inmoral......	3
Por abandono del marido.	4
Porque éste la maltrataba de obras	8

Las solteras lo atribuyeron a:

Miedo de volver al hogar........	1
Abandono por la madre.......................	1
Tenerla por meretriz sin serlo...........	1
Persecusión policiaca...................	1
Vendida por el padre........	1
Vendida por la madre......................	1
Porque el querido no la mantenía,.	2
Porque no podía borrar su historia...........	2
Por su mala cabeza...................... .	2
Por mal trato del querido...................	3
Por carecer de recursos.......	3
Por malas compañías......................	3
Por la fácil ganancia......................	4
Por no saber trabajar	10
Por no gustarle trabajar..	13
Deserción del que la sedujo.................	18
Horfandad.........	22
Proxenitismo	38
Sin motivo...........	24

Ninguno de los datos en relación con su vida marital, de familia o personal, sería bastante por sí para actuar aisladamente y llevar a la prostitución de un modo fatal; pero como las causas se suman, y actuan por lo común sobre sujetos suya condición biológica es también un sumando, y sin duda importante, el resultado no podria ser otro que aquél a que llegaron.

Todas estas causas han de ser, pues, consideradas, porque cada

una de ellas puede contribuir al mal; y aquellas que ocurren de un modo más frecuente, deben ser objeto de atención especial para su tratamiento. Notemos que el Proxenitismo, que ocurre en 38 casos, representa el 25.2% del total de las causales admitidas.

Ya esa cifra es alta; pero podemos sospechar, con fundamento, que si todas las prostituídas quisieran franquearse, aún se elevaría más aquella. Adviértese que 24 de ellas no dieron motivo alguno que las indujera a prostituirse. ¿No podría ser que el temor de que se intentara hacerle daño a las proxenetas, las indujera a callar?

Investigando la historia patológica, con exclusión de las enfermedades anexas a la vida meretricia, aparece que en su infancia padecieron varias de las dolencias más comunes de ésa edad, y en órden de frecuencia, el sarampión figura en 42 casos y la viruela en 19. Dos casos de parálisis se registran, entre otras de las más corrientes alteraciones de la salud; muchas de las cuales pasamos por alto por no considerarlas factores de importancia. En la pubertad y adolescencia las fiebres palúdicas ocurren en 20 casos, y las tifoideas en 15; además algunas padecieron de asma bronquial y de bronquitis. Y con referéncia a la época en que las reconocimos, registramos 12 casos de Uncinaria, 10 de Epilepsia, 10 de Cefaleas, 8 de Histerismo, 5 de Neuralgias, 3 de Vértigos y 2 de Espasmo facial; *Tic mímico*.

Los defectos físicos más comunes fueron observados en la dentadura; la sordera, el extravismo, la tartamudez se hallaron una vez en cada caso; así como una era tuerta y otra estevada,

Dos habían sido sometidas a operaciones quirúrjicas graves, y 35 sufrieron en la niñez caidas que ocasionaran lesiones de consideración en la cabeza.

La psicopatología sexual se hallaba representada en nuestros casos por algunos de homosexualidad y de masoquismo. No pocas deseaban que sus queridos les pegasen y se sentían satisfechas con esta prueba de amor. Y los desórdenes del sistema nervioso; histeria, neurastenia y otros se hacían evidentes en 15 de estas jóvenes que tenían además una tendencia suicida ya manifestada por algún intento frustrado.

Sin pretender sacar conclusiones definitivas del hecho de las caidas, no puede negarse que cuando éstas tienen lugar, como ocurrió en los casos que anotamos, de alturas considerables, árboles, escaleras, galerías etc. y los golpes recaen en la parte superior del cuerpo y la cabeza sufre algún traumatismo, es preciso asignarles cierto valor etiológico siquiera indirecto. La ya demostrada íntima relación entre las extructuras nerviosas y la actividad mental, nos

permiten sospechar que si las caidas produjeron modificaciones permanentes en las células cerebrales, las alteraciones producidas pudieron a la vez modificar el psiquismo de éstas criaturas.

Lo evidente tanto en estas que se cayeron, como en el mayor número de ellas, es cierto grado de extravagancia en su conducta, de irritabilidad, de inclinación al alcoholismo, al tabaco, a las costumbras irregulares; una indiferencia que desalentaría de toda esperanza de redimirlas, si no estuviéramos convencidos de que el medio es una parte alícuota del proceso en algunos casos.

Pasando ahora a la historia familiar patológica, nos hallamos con la dificultad de que muchas no sabían de que habían muerto sus padres, o no los conocieron; y pocas de las que tenían padres, podían decir algo acerca de que si éstos padecían de alguna enfermedad. Así pues no hemos podido recoger estos datos en todas las 168 examinadas. El resultado de la investigación acerca del particular es el siguiente:

Aparece según nuestras notas, que los familares, comprediendo abuelos, padres, tíos y hermanos, padecieron de las siguientes enfermedades o murieron de ellas.

Por lo que respecta a los padres:

De	Anemia	28
"	Tuberculosis	25
"	Paludismo	16
"	Hidropesía	8
"	Sífilis	5
"	Apoplegía	2
"	Neurosis	1

A todos los familiares en general:

De	Epilepsia	20
"	Locura	15
"	Hidropesía	8
"	Idiotez	7
"	Neurosis varias	6
"	Cefaleas	4
"	Gangrena	2

En dos de los cases se anotan hermanos que padecieron de Pica, y en otros dos se cuentan hermanos nacidos físicamente defectuosos.

El alcoholismo manifiesto se comprobó en 26 de los casos; y ese alcoholismo crónico, sin borrachera ostensible, que daña más si cabe, se evidenciaba en casi todos, pues ni una sola dejó de convenir en que su padre tomaba aunque no se emborrachaba; un sen-

tido moral pobre se reveló en 26 casos bajo distintas formas; concubinato de los padres o de los hermanos; prostitución de otros miembros de la familia, se halló en 8 hermanas; confesados adulterios de la madre, en tres casos; separación de los padres en 8; venta de la hija en 2; homosexualidad masculina 1: el padre; incesto en 1; el padre; y la instabilidad de la familia en la generalidad.

El suicidio del padre, de la madre o de algún hermano, ocurrió en 6 casos. Historias de muertes violentas por homicidio o asesinato en 6, y delincuencia con castigo en prisión correccional en 4.

No queremos caer en exageraciones respecto a la importancia de estos datos familiiares; pero nos vemos obligados a recordar el papel que juega la herencia en el crecimiento y desarrollo del cuerpo, de la mente y del carácter, cuando buscamos los motivos que pueden haber llevado a esas personas a la prostitución, sin perjuicio de reconocer como lo hacemos otras causantes del mal. Se sostiene que el clima y hábitos de los canadenses franceses, parece haber influído en las costumbres morigeradas y honestas que se les reconocen; y se habla también de la sangre ardiente de los nacidos en los climas cálidos; y aunque esta influencia no ha sido definitivamente comprobada en el asunto que estudiamos, no puede desconocerse que el clima, creando las costumbres, y ambos la vida social propia de cada país, puedan servir bien a moderar o a estimular el instinto sexual; a refrenar o favorecer la tendencia libidine; claro que no debemos, ni estaría justificado hacer al clima único responsable ni de lo bueno ni de lo malo; que hay muchas otras agencias tales como el poder del dinero, de la posición social, y un número grande de circunstancias que se combinan en distintas formas para construir un medio ambiente que puede ser adverso o propicio al desarrollo del mal, cualquiera que sea la región del mundo que habitamos.

El grado de la responsabilidad que en la prostitución corresponde a las personas que deberían por su posición ser los salvaguardias de las buenas costumbres, es grande dice Parent Duchatelet: «De 5.000 prostitutas examinadas por mi, 2,360 eran el producto de delitos contra la moral cometidos por individuos de las clases altas; 1.400 concubinas abandonadas por sus amantes, 400 seducidas por oficiales y soldados; 280 muchachas de servicio seducidas por su señores y 280 abandonadas por sus amantes, después de haber concebido. Las 2,640 restantes cayeron en el vicio por necesidad.'' Y en lo referente al alcoholismo el profesor Bianchi, de Roma, estudiando la patología del sistema nervioso, se expresa así: ''De 511 epilépticos, el 42% eran alcohólicos; por sus padres el 30%: ellos mismos 12%.'' Ahora bien; en relación con lo que afirma el Dr. Bianchi, dice el profesor

de Harvard, Milton Rosenau, "La prostitución está inextricablemente mezclada con el alcoholismo."

En nuestros casos no se echan de ménos las influencias ni de la riqueza, ni del poder; entre otras relataré más adelante un caso que se presta a muchas consideraciones: y en mi registro tengo anotados algudos, en los cuales la posición oficial favoreció el daño, pues fueron miembros de la policía los corruptores,

Hemos podido observar que la falta de educación ocupa lugar prominente entre los datos acumulados. No asigno a la escuela poder ilimitado en la reforma social; todo centro docente no educa con igual eficacia, por razones varias; entre ellas son primordiales la falta de cooperación que en el proceso educativo corresponde al hogar: el descuido del factor biológico en los planes de enseñanza; la poca parte que se asigna a la cultura moral, elevadora del carácter: la falta de índole práctica en los estudios, especialmente en los que pueden dar a la mujer una independencia económica; pues como dice una eminente pensadora sudaamericana, Luisa Luigi: "La mujer sin recursos y sin aptitudes educacionales para el trabajo, está abocada a dos terribles salidas; la prostitución o el suicidio"; y, para citarlo todo, mencionaremos el olvido de la educación sexual, por un falso concepto del pudor, que es más dañoso que una razonada y discreta disciplina del asunto.

La Doctora Paulina Luisi, Médico Escolar de Montivideo, en un notable artículo acerca de Enseñanza Sexual, cita a Mme. Dehilage, la cual en el 2º Congreso Internacional de Enseñanza Primaria, hizo que se adoptara la siguiente conclusión: «La joven debe ser científicamente preparada por la educación post-escolar para conocer las funciones generales y los peligros a que la expone la ignorancia de la vida. Esta acción educativa deberá remediar ciertas llagas sociales que son las consecuencias de las costumbres actuales.» Y añade por su cuenta la Dra. del Uruguay, combatiendo a los que se oponen a ésta educación: Otro argumento tambien contundente de la tésis obscurantista es éste: «El instinto mismo de las jóvenes, hasta de las más ignorantes, las pone en guardia contra muchos peligros.» A pesar de ello,—comenta la autora citada—éste maravilloso y tan ponderado instinto, las conduce a nuestros consultorios mancilladas para siempre, llevando en su seno el fruto concebido en el engaño, y que será gestado entre la desesperación y el dolor, o arrastrando consigo el germen desorganizador de la especie. Condenada por ésos mismos filósofos y sociólogos, que no le dieron más armas de defensa que la ignorancia y el instinto, a llevar una vida de vergüenza y de mentira, sufrirá ella sola la sanción penal que la sociedad

aplica cruelmente a la infeliz criatura, cuyo crimen ha sido sólo obecer a ése mismo instinto.»

Y son estas seducidas las que arrastran la pesada cadena de su ignorancia, ni siquiera intentan redimirse, y van pronto a poblar burdeles y prisiones y hospitales, mientras que el seductor sigue recibiendo acogida cariñosa en los salones y acechando nuevas víctimas."

La educación, no cabe duda, la educación racional se entiende, la que procura desarrollar las potencialidades de la racionabilidad humana podrá evitar no pocos de estos sucesos, es un poderoso medio de favorecer la evolución social hacia el ideal de su perfección. Desgraciadamente hay ciertos casos en los que el educacionista poco puede hacer; y son aquellos en los que las células cerebrales damnificadas por algún estado patológico, o carentes de potencialidad, no reaccionan, o lo hacen mal, ante el estímulo educativo.

Existen enfermedades que dejan huellas permanentes en el cerebro o debilitan la célula cerebral. La sífilis, la intoxicación alcohólica, las fiebres infecciosas, la tuberculosis y otras. Las consecuencias de la sífilis se dejan sentir hasta la cuarta generación; y no puede a la hora presente dudarse de que el alcoholismo se manifiesta en la descendencia por niños enfermizos, locos y criminales; que la fiebre tifoidea y otras grandes infecciones, pueden causar deterioración mental transitoria o permanente, y que la tuberculosis, aunque orígen menos común de enfermedades de la mente, causa sin embargo por la acción de las toxinas tuberculares sobre los centros nerviosos, cambios mentales agravados por el agotamiento que produce esta enfermedad crónica debilitante.

Por igual motivo la anemia producida por la uncinariasis, el paludismo y todo lo que puede debilitar la célula cerebral, o intoxicarla, debe considerarse capaz de inferir cambios perjudiciales en la mentalidad, dañosos para la descendencia.

La anannesis de nuestros casos nos revela que todas estas causas han podido actuar para preparar o producir el desastre moral de éstas criaturas; y las últimas, por su extensión entre los habitantes de Puerto Rico deben merecernos consideración especial. El Dr. Bailey K. Ashford, a cuya complacencia debo la siguiente información, nos dice que el año 1904 la Comisión de Anemia estimó que existía un promedio de 98% de uncinariásicos en la población rural de la isla. Que de 4,500 enfermos de un sólo grupo, el 25% eran casos intensos con menos de un 30% de hemoglobina; un 50% fueron tipos moderadamente severos, cuya hemoglobina estaba entre el 30% y el 60%, y el 25%; restante eran formas ligeras con más de 60%

de hemoglobina. En un solo distrito, el de Utuado que cuenta 42,000 habitantes, se han sumado hasta 17,000 personas que sufrían de anquilostomiasis con todas sus consecuencias; depresión de ánimo. disminución del poder intelectual, deterioro mental; en una palabra, todos tenían un sistema nervioso más o ménos menoscabado.

En lo que al paludismo se refiere, el Director del Instituto de Medicina Tropical Dr. D. Pedro Gutiérrez Igaravídez, dice en el informe del Instituto, correspondiente a nueve meses del año 1914, refiriéndose a exámenes practicados; que en ellos se evidenció por el microscopio, la infección palúdica en el 41.20%, predominando en un 40.60% el tipo del parásito *falciparum* o sea el causante de las formas perniciosas de la enfermedad.

Debemos recordar a este propósito que en la malaria se observan formas cerebrales dependientes de las toxémias; el Dr. Carlos Muzio, de la Marina Italiana, afirma que en el Africa Septentrional se padece de una enfermedad atribuída al paludismo y al calor combinados, que se traduce por delirio, alucinaciones, melancolía. Además, la anatomía patológica nos revela en los que mueren de malaria crónica lesiones de la médula que la inhiben de su poder hematopoyético.

Ahora bien, dada la procedencia de estas muchachas, no es aventurado suponer que las células germinativas de donde procedieron estuviesen alteradas, y hayan dado lugar a una prole predispuestas a la perdición; lo que adquiere carateres de certeza en algunos de los casos mejor documentados de la serie.

De otras fuentes de degeneración, debilidad mental, criminalidad, inmoralidad de los padres, ocupación de éstos, no han sido compilados datos de modo bastante extenso para sacar conclusiones; ni tampoco de la consanguineidad, pues, aunque en la isla es un hecho bastante común las uniones endogámicas, habría sido preciso comprobar que en ellas se habían sumado taras objecionables en cada caso; se tiene hoy aceptado que los matrimonios consanguíneos, dentro de ciertos límites, no crean *por si* malas disposiciones; y que no producen una consecuencia específica, pero sí es cierto que fomentan aquellos defectos que son predominantes en la familia de ambos; los casos estudiados por Rosenau lo demuestran. En Marthin, Vineyard el efecto de los matrimnios endogámicos se tradujo en un 11% de sordomudos y en un número de homosexuales; mientras que en Point Judith, se manifestó por un 13% de idiotas y un 7% de locos.

Réstanos decir algunas palabras acerca de un agente de suma importancia en la producción de los delitos morales; me refiero al proxenetismo, que viene a ser, en los casos de menor responsabilidad, como el despertador de las causas latentes, pero que en todos los

casos obra como factor decisivo. Si en la relación de causas no se le encuentra siempre prominente, es gracias a ciertas habilidades que permiten a los prexenetas permanecer en la obscuridad, protegidos por las mismas que deberían denunciarlos. El proxenetismo y la chulería van siempre íntimamente adheridos como parásitos a la prostitución, y de ella medran. El chulo es el tirano infame de la prostituta, el proxeneta el demonio tentador de la que no ha caído; y ambos los vampiros de las rameras.

Pasemos ahora a dar a conocer algunos casos en los que se evidencian varias de las causales que hemos analizado.

En el caso número 25 de nuestra serie, se puso de manifiesto que el padre era alcohólico y que la madre sufría de ataques nerviosos. Esta pareja tuvo seis hijos, y la madre ocho más. De esta prole; dos son prostitutas, una es imbécil, y otra está paralítica.

En el caso número 34 nos hallamos con que el padre estaba sufriendo condena en el presidio por delito de incesto, y la madre era conocida por su escasa mentalidad.

En el caso número 51 supimos que el padre fué jugador y alcohólico, y que la madre está idiota y hace años empezó su demencia. Este matrimonio tuvo 10 hijos; pero la madre trajo al mundo 3 más de otras uniones; el mayor de los hijos murió idiota; una de las hijas que es prostituta ha tenido un hijo, el cual está loco. Dos hijos más han muerto suicidados.

En el caso número 75 el padre sufre de cefaleas, enfermedad de que padecen otros familiares. La madre tiene una hermana alcohólica y demente. Otra de las hijas de estos consortes es boba, melancólica y llora por cualquíer motivo.

En el caso número 86, el padre es alcohólico y la madre ha padecido de demencia aguda; en la actualidad está lela. Tiene un hermano loco. La hija es adulterina. No es mi propósito analizar ante ustedes cada una de las historias que he recogido; pero esta somera exposición era necesaria para darles un testimonio evidente de la influencia hereditaria en la producción de disposiciones latentes que, no reprimidas ni por la educación ni por otros factores del medio ambiente, lleva a muchas criaturas a la prostitución.

El caso número 168 de los que coleccionamós es tan interesante, que vale la pena de que lo conoscais; pues en el se hallan varias causas actuando tempranamente; y evidencia cuan indefensa está aún la mujer en una sociedad, que se dice civilizada, contra los que, a causa de su conciencia defectuosa, no reconocen valladar cuando desean saciar su apetito desordenado de deleites carnales.

Se trata de una niña llegada a la pubertad a los 13 años; cuando

la vimos aún no había perdido por completo los rasgos de la niñez. Blanca y de fisonomía bella, habla con cierta sencillez franca. No ha recibido educación, pues sólo asistió dos meses a la escuela, lo que explica ella por la falta de trajes apropiados. No sabe leer ni escribir, ni ha aprendido oficio alguno, aunque ha servido de niñera un poco de tiempo. Sus padres son un peón de campo y una lavandera. Estando colocada y a los 14 años de edad. una amiga la invitó a pasear y la llevó a cierta casa en donde se halló con un joven de familia principal, a quien sólo conocía de vista, el cual la violó. Las protestas de la muchacha atrajeron la atención de la policía, pero el asunto no tuvo mayor trascendencia. El que la profanó fué embarcado, y ella retornó donde sus padres, quienes se negaron a admitirla; entonces volvió a su antigua colocación. Un mes después abandonó ésta, para ser la concubina de un sujeto que la dejó desamparada al poco tiempo; y después las incitaciones de una mujer y los consejos de algunas amigas, que le dijeron que entrando en la vida torpe vestiría bien, la llevaron a la prostitución, y no mucho tiempo trascurrido al hospital en donde la hallé.

El padre de ésta muchacha podecía de un temblor involuntario del brazo derecho. Cual fuese la causa de esta perversión de la contractilidad muscular, no me fué posible averiguarlo; pero basta anotar que existía esta alteración del sistema nervioso en uno de sus progenitores. En la familia, compuesta de seis hijos, dos murieron de convulsiones; ahora bien según el Dr. Julio Conty, Médico del Hospital de niños de París, «la herencia neuropatológica crea la predisposición a la eclampsia; por lo tanto. no perdiendo de vista ésta noción, se comprenderá muy facilmente cual es la causa primera de las convulciones y el porvenir que está reservado a los niños que las padecen; entre los que sobreviven, muchos quedan con gran propensión a la epilepsia, el histerismo o a la enagenación mental.»

La historia de ésta muchacha es instructiva por la complexidad de causas. Tenemos una niña fruto de la unión natural de padres pobres; uno de los cuales sufría de una lesión crónica del sistema nervioso. Dos hermanos parece que nacieron con una predisposición germinal neurótica. Ella vino al mundo en un ambiente en donde reinaba la ignorancia y la pobreza; creció sin recibir ningún género de educación; a la escuela asistió corto tiempo. Su credulidad está a la altura del "Mal de ojo", causa a que atribuye la muerte de sus dos hermanos. En muy temprana edad salió del lado de los padres para servir; le faltó pues la protección de un hogar antes y después de ser víctima de los propósitos libidinosos de un incontinente, que en su despótico sensualismo de caballerete acaudalado, y auxilíado por el proxenetismo, la llevó por violencia a dar el

primer paso en el camino de la prostitución, cuando aún era una niña, para abandonarla en seguida a su suerte.

Yo doy valor en éste caso a cada uno de los factores predisponentes que han hecho de ésta niña una enferma moral; al económico, al educativo y al genético.

El Dr. W. Robinson, autor de varios libros acerca de los problemas sexuales, sin adscribir a la herencia una importancia grande en su patogenia, dice sin embargo al tratar de la Neurastenia Sexual. "Puede admitirse, no obstante, que niños de padres neuróticos o con otras taras son más aptos para caer víctimas de varias irregularidades sexuales." Pero estimo que si esta niña hubiese estado debidamente protegida contra las asechanzas del libertaje, quizá no estaría prostituída.

Las conclusiones a qne he llegado después de analizar estos 168 casos son las siguientes:

En Puerto Rico, como en otros paises, la prostitución es un fenómeno producto de la interacción complicada de varios factores personales, y de ciertas condiciones sociales. Como en todos los males que afligen a la sociedad, los medios preventivos tienen una eficacia mayor que los curativos, ya sean reformadores o correccionales.

Los primeros son de carácter económico, educativo y biológico. Económicamente la prostitución está ligada al problema económico general que se resuelve en evitar la explotación del hombre por el hombre en todas sus faces; en procurar el jornal suficiente, en oponerse a la obra corruptora del dinero y de los monopolios; y en favorecer el establecimiento compulsorio del seguro social y la extensión del cooperatismo.

La obra educativa demanda que la cultura del sentimiento del deber llegue facilmente a todos se extienda por los hogares, pobres y ricos, y sirva de base a la constitución de la familia y a la elevación del carácter.

Los agentes de protección en el orden biológico se refieren a impedir el deterioro de la célula germinativa humana, a luchar contra las enfermedades venéreas y otras y los intoxicantes, alcohólicos y drogas—algunos de nuestros casos cometieron la primera falta bajo la influencia del alcohol,—y en muchos este veneno había lesionado las gametas paternas. El establecimiento de hospitales y dispensarios gratuitos para el tratamiento de las enfermedades venéreas, a los cuales debe quitárseles toda condición que incline a esquivarlos; la creación de establecimientos para recluir los degenerados, y todo cuanto impida la multiplicación de estos.

Las medidas reformatorias se refieren a la fundación de escuelas

en donde educar a aquellos que se corrompieren a causa del ambiente en que vieron la luz primera o en donde se desarrollaron, ya fueran normales, o degenerados psiquicos, pecadores a causa de su daltonismo moral, o por ser sujetos apropiados para la acción de un maniquismo peligroso. Hay que estudiar estos seres de un modo cuidadoso, y ya sean niños o adultos, emplear la sugestión metódica y científica como medios de infundir en el degenerado y hacerlas arraigar las ideas de método, de disciplina, de moralidad; formarles en una palabra, el sentimiento moral y la voluntad de que carecen, hasta ponerles en armonía con la sociedad en que viven; y cuando ésto no sea posible, protegerles, y proteger a la misma sociedad contra las consecuencias de su degeneración.

Las medidas coercitivas deben tender a impedir las manifestaciones ostensibles de la prostitución en las calles, casas y lugares públicos.

Indirectamente, la persecución y castigo del proxenetismo, de la chulería, de los burdeles y casas de citas, aunque éstas estén disimuladas con el aparente o real establecimiento de una industria o comercio honrado, son, además de la disminución de las tabernas, y de prohibir las diversiones desmoralizadoras medidas auxiliares eficaces para combatir el vicio.

El establecimiento de la responsabilidad penable de cualquiera de las partes que cause una infección en la otra, y en ciertos casos bajo la forma de reclamación de daños y perjuicios, puede que llegue a ser con el tiempo una medida legal corriente.

Me parece que oigo a algunos decir que estoy soñando con una transformación ideal del mundo; en una palabra, que mis ideas son utópicas, y que está fuera de nuestro alcance la solución del problema.

Dejo a mis oyentes el cuidado de reflexionar acerca de las causas que han influído en llevar a estas jóvenes a la prostitución, y decidir si muchas de estas causas no pueden suprimirse en una sociedad bien organizada y de alto sentido moral prevalente; y por lo tanto si suprimidas, no quitaríamos a la prostitución el caracter de un mal extenso. Abundando en estas ideas dice un Comisionado de Policía americano, muy competente en la materia, Limburg, citado por Bloch en su obra «La Prostitución»: «Quiénquiera que emprenda la obra de combatir el vicio, ya sea individualmente o en relación con las autoridades, no emprende bajo concepto alguno una causa sin esperanza; y con una elección juiciosa de armas tiene algunas probabilidades de éxito."

Sea como fuere; lo cierto es que, como dice Forel: "En resumidas cuentas tenemos que elegir entre la pesimista aceptación de una caducidad fatal de nuestra raza en provecho de los mongoles, y un

inmediato y enérgico esfuerzo ejecutado con gusto para lograr nuestra mejora selectiva y educativa; esfuerzo que será lo único capaz de reverdecer nuestras fuerzas vitales y nuestras energías hereditarias encausándolas hasta una metódica progresión. Cualquiera que se decida por esta última alternativa, tendrá que ocuparse de la cuestión sexual y declarar valientemente la guerra a la abusiva dominación del capital privado, al uso del alcohol y a todas los prejuicios que nos estrujan en su camisa de fuerza y que nos mecen dulcemente al mismo tiempo halagando nuestra fantasía con nefastas ilusiones."

Por una u otra razón todos somos solidarios de los males que afligen a la sociedad de que formamos parte, así pues yo incito a las personas de inteligencia cultivada, de sentimientos altruistas y de sentido moral recto a no dejarse engañar por ilusiones acerca de nuestras perfecciones como pueblo; a que tampoco se dejen deprimir por la invasión de un pesimismo estéril, y a que fijen su atención en nuestros problemas de patología social, especialmente en el que acabo de esbozar en ésta conferencia.

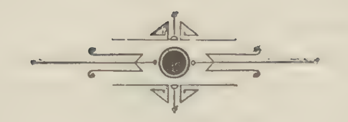
Las sociedades creadas en Europa y en América para proteger y amparar a la mujer contra la prostitución no tendrían razón de ser si su utilidad no estuviese demostrada. La cuestión se resuelve en actividad de nuestra parte para dar solución a éste y otros problemas que nos afectan; y, como dice el autor español Don Fernando de los Rios en un estudio acerca de Don Francisco Jiner, estar convencidos de que: «Ya no puede decirse al hombre: Basta para cumplir tu programa de ciudadanía con que te recluyas dentro de la esfera de la Libertad o de tu egoismo y no menoscabes la de los otros; como antes se había dicho que bastaba para la salvación, con la obediencia a lo fija y taxativamente preceptuado; sino que es el deber lo mismo moral que jurídico, romper con violencia todos los límites que arbitraria y exteriormente le quieren imponer, confundiéndose íntegra y totalmente con nuestras potencias y con nuestra capacidad para colaborar en la obra divina de que cuanto aliente y viva realice su destino.»

Como habéis podido notar, el problema de la prostitución no envuelve sólo un interés médico, sino que socialmente considerado, no ya el aspecto moral del asunto si que también el económico le dan una importancia capital.

Las sumas gastadas en obtener los servicios de las meretrices constituyen sólo el gasto inmediato, pero a éste hay que añadir, los del alcohol, los regalos, lo que cuestan las diversiones desmoralizadoras, los intermediarios, y la enorme suma empleada en tratar las enfermedades venéreas adquiridas directamente o heredadas, sin contar con la falta de trabajo productivo de un ejército de mujeres. Estima Abraham Flexner el costo de la prostitución en Alemania entre 300

y 500 millones de marcos, mientras que el sistema de educación completo sólo consume 200 millones de marcos; y termina diciendo: "Seguramente la carga económica impuesta a la sociedad por la prostitución es comparable sólo con la que causa el ejército, la guerra o la peste."

Termino invitando a ustedes a combatir el mal de la prostitución. Favorescamos la educación física y moral que conduzca a la juventud de ambos sexos a ser sanos de cuerpo y de mente, para que de ella surja una raza vigorosa, inteligente y honesta, creadora de una sociedad en donde llegue a ser un fenómeno excepcional algún que otro ejemplar de esa especie enfermiza de la humanidad femenina que es víctima de una vida miserable y causa inconsciente de la deterioriza-ción de la raza.



CONCEPTO ACTUAL DE LAS INFECCIONES MENINGOCOCCICAS

Y DISCUSION DE LOS CASOS ESTUDIADOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL E HIGIENE, DE PUERTO RICO. (*)

Por el Dr. P. Gutiérrez Igaravídez, Director del Instituto,

En el Dictionaire Encyclopédique des Sciences Médicales, segunda serie, tomo sexto, publicado en París, en 1873, (1) encontramos un resumen histórico de la meningitis cerebro-espinal epidémica por A. Laverán. La bibliografía comprende obras de autores franceses, italianos, ingleses, americanos, suecos, noruegos y alemanes.

La sinonimia que registra este autor es la siguiente: *cerebro-spinite* (Chauffard); *cerebral-typhus* (Allemands); *tifo apoplectito tetanico* (Italiens); *Epidemic Meningitis* (Americains); *hjernfeber* (Suedois); *hjernebetoendelse* (Norwegiens).

De la investigación histórica deduce Laverán que la meningitis cerebro-espinal no fué hasta 1837 objeto de atención preferente desde el punto de vista epidemiológico.

No podemos, antes de esa fecha, aceptar como correspondientes a esta enfermedad los síntomas confusos de las descripciones de P. Forestus (*Opera omnia*, 1584, p. 156) ni las de Plater, F. Salmann, etc., que bien pueden aplicarse a otras entidades morbosas. Esta ausencia de documentos permite llegar a la conclusión de que la meningitís cerebro-espinal es una enfermedad nueva, particular a nuestra época.

Bajo el nombre de fiebre cerebral atáxica, Viesseux ha descrito una epidemia observada en Ginebra en 1805, en el mes de enero, en una familia compuesta de una mujer y tres niños dos de los cuales fueron atacados y murieron en menos de 24 horas. La enfermedad se propagó a las casas vecinas. En una vivienda ocupada por cinco niños fueron atacados cuatro y sucumbieron a las 14 o 15 horas de la invasión. Los caracteres indicados son: invasión brusca, vómitos, cafalalgia atroz, rigidez de la espina dorsal, deglución difícil, convulsiones. La muerte sobreviene entre doce horas y cinco días después de la invasión. La autopsia señala el cerebro ingurgitado de sangre sin alteraciones en las demás vísceras-

J. B. Comte (Recueil géneral de medicine, par Sédillot, t. LVIII, p. 221, Paris, 1816) observa en Grenoble, durante los meses de febrero, marzo y abril de 1814, en soldados procedentes la mayor parte del ejército de Monte Blanco una enfermedad caracterizada por rigidez del cuello, cefalalgia y delirio. En la autopsia, el cerebro y la

(*) Conferencia dada en la Asociación Médica del Distrito Norte el 6 de Junio de 1919.

médula presentaban trazas de inflamación. M. Rampont registra cuatro observaciones particulares recogidas en Metz en 1815. Los síntomas y las lesiones son características de la meningitis.

Pero, como antes hemos dicho, no es hasta 1837 que la enfermedad por su desarrollo y propagación despierta la atención en Francia, donde M. Lespés, médico de epidemias en Saint-Sever, señala la enfermedad en Bayona, en Dax, en Meigron y en Tartas.

La epidemia de la guarnición de Bayona, que empieza en enero de 1837, decrece un tanto en el verano de ese año para continuar en los inviernos de 1838, 1839 y 1840.

Del foco principal de su desarrollo la enfermedad gana las guarniciones vecinas y año tras año va recorriendo distintas poblaciones de Francia, fijándose con preferencias, en las ciudades guarnicionadas.

Italia, España, América del Norte, Dinamarca, Suecia, Noruega, Alemania y Rusia sufren en estos años, desde 1837 hasta el 1869 los efectos de esta enfermedad en forma epidémica haciéndose sentir en algunos países, como en Suecia, con tal virulencia que de 11,712 personas atacadas murieron 4,138.

Las epidemias de meningitis guardan en su extensión y evolución un tipo que se ha sostenido en todos los países, según se desprende de las observaciones hechas. Desde su origen viene esta enfermedad eligiendo las agrupaciones de individuos en cuarteles, cárceles, asilos y viviendas donde habitan en comunidad muchas personas.

Con respecto a la influencia del medio es curioso lo que señala Laverán en el artículo que venimos comentando, por cuanto dice que la meningitis cerebro-espinal no ha perdonado más que las regiones tropicales, siendo su reinado de los 60° al norte y 36° al sur, sin que se pueda señalar ninguna relación entre su desarrollo y la influencia de climas y estaciones. Un carácter común a las epidemias de meningitis cerebro-espinal es el de coincidir con las estaciones frías y cuando se prolongan durante varios años, como en Suecia, desaparecen durante el verano.

En Francia, en un total de 54 epidemias primitivas, 47 han estallado en el invierno: 8 en noviembre, 3 en diciembre, 16 en enero y 10 en febrero,

En Italia todas han ocurrido en invierno. En América de 16 epidemias, 6 se han registrado en invierno, 5 durante el invierno y la primavera, 4 en la primavera y una solamente en otoño. De igual manera ha ocurrido en otros países.

Refiriéndonos a América la enfermedad apareció por primera vez en Metfield, Massachussetts en 1806, después en Canadá en 1807, más tarde en Virginia, Ohio y Kentucky en 1808 y en el año siguiente

en New York y Pennsylvania. (2) Desde esa época numerosos brotes epidémicos han ocurrino en cortos intérvalos.

Conocida la contagiosidad de esta dolencia, no fué hasta 1887 que Weichselbaum, y antes Leichtenster; describió un coco del tipo de los diplococos, morfológicamente igual al gonococo, como factor etiológico de la meningitis cerebro-espinal y a cuyo organismo llamó "*diplococus intracelullaris meningitidis*."

El descubrimiento del meningococo consagró la especificidad de la meningitis cerebro-espinal como el descubrimiento del bacilo de Eberth había consagrado la especificidad de la fiebre tifoidea. (3)

El hallazgo de este microorganismo con gran regularidad, por todos los investigadores, en el líquido céfalo raquíeo y en el moco nasal de los enfermos en las últimas grandes epidemias, ha asegurado para el mismo su caráter específico.

Con o desde su orígen fué conceptuada esta enfermedad dependiente de una localización en las meninges y como la anatomía patológica vino señalando desde el principio, lesiones en estas serosas, y, en el líquido céfalo raquídeo fué encontrado, además, el organismo causante de la infección, no tiene nada de extraño que se conserve la génesis patológica de la meningitis cerebro espinal epidémica como una invasión directa del diplococo o meningococo, en las meninges.

Con este concepto de la infección parece que hay que esperar las manifestaciones claras y evidentes del síndrome meníngeo y rechazar por espúreas todas aquellas otras manifestaciones que no lleven el sello de una participación del eje céfalo raquídeo.

Mientras el proceso infectivo se desenvuelve dentro de un cuadro típico, el diagnóstico no ofrece dificultades y la comprobación suministrada por el laboratorio con el hallazgo del meningococo establece de manera concluyente la realidad clínica.

Pero, si creyendo que solamente el síndrome meníngeo es el que puede autorizar un diagnóstico de infección por el diplococo intracelular no se da importancia a otras manifestaciones, pasarán inadvertidas muchas infecciones por este mismo elemento y se asignaran a otros agentes y a otros procesos, los cuadros que sometidos a un análisis más minucioso se reputarían ocasionados por el diplococo.

La vía que el agente infeccioso sigue para llegar a las meninges es, para muchos, las conecciones linfáticas entre la mucosa nasofaríngea y las meninges, que se extienden a lo largo de los nervios olfatorios; esto es, un medio directo de infección que explicaría las manifestaciones cerebro-espinales.

Pero, se ha demostrado que esta ruta no es la única que puede

tomar el diplococo, pues que desde muy temprano y en el curso de una infección meningococcica, la sangre ha permitido cultivar estos organismos antes de que el síndrome meníngeo se presentara.

Hemos, pues, de aceptar una sepsis meningococcica, que puede tener o no su localización en las meninges y que puede dar o no, por consiguiente, síntomas meníngeos.

Hay, pues, que ajustar la clínica en este proceso infectivo no al cuadro clásico de las meningitis, sino al cuadro general de las infecciones bruscas, violentas, que toman la sangre como puerta de entrada y que pueden alcanzar una localización determinada y desarrollar entonces síntomas en armonía con esa localización, pero que pueden también desenvolverse como una bacteriema mortal que no de tiempo a aquellas localizaciones.

Mientras que en el estado actual de nuestros conocimientos podemos dejar establecido que la infección por los meningococos se realiza por medio de las secreciones de la membrana nasofaríngea, debemos reconocer también, como un hecho probado, que la sangre recibe primeramente la invasión de estos microorganismos y que en ella se decide la suerte de este proceso.

"No hay enfermedad aguda que requiera más perspicacia para su diagnóstico que la meningitis epidémica", dicen M. B. Cohen y J. S Fleming. (4) "Hay muchos casos abortivos y muchos casos de septicemia meningococcica que pueden ser diagnosticados antes del advenimiento de la meningitis", y Herrick (5) llama la atención al hecho de que la meningitis epidémica empieza como una sepsis meningocóccica y que durante un período que varía de algunas horas a varios días, no hay localización definitiva en las meninges. Es, por lo tanto, imperativo hacer un diagnóstico de la enfermedad en este estado, porque el uso temprano del suero puede impedir el desarrollo de la meningitis o a lo menos, hacer la enfermedad menos grave."

Maxi (6) dice: "con el desarrollo de nuestros conocimientos de la meningitis epidémica, la presencia del organismo causante en la corriente sanguínea ha recibido una atención preferente. Desde una afección esencialmente meníngea, la enfermedad ha venido a ser considerada por muchos como una sepsis primaria, con invasión secundaria usual, aunque no necesariamente, de las meninges.

Por lo expuesto anteriormente, esto es, con este concepto actual de la infección miningococcica, se vendrá en conocimiento de lo diversa y variada que ha de ofrecerse la sintomatología de esta enfermedad.

Bajo distintos nombres agrupan los autores las formas de la meningitis cerebro-espinal epidémica.

Según Laverán en la descripción que hace en la Enciclopedia de

Ciencias Médicas, considera tres formas principales: 1º la forma abortiva; 2º la forma fulminante o apopléctica; 3º la forma convulsiva o espinal.

J. Jochman, de Berlín, (7) fundándose en la experiencia adquirida en la última epidemia de Silesia (1904 y 1905) considera tres grupos o tipos en esta enfermedad: 1º casos de marcha aguda; 2º casos de curso prolongado y 3º meningitis del niño de pecho.

Osler, (8) admite tres grupos también y los llama: 1º forma maligna; 2º forma ordinaria; 3º formas anómalas, en las cuales incluye el tipo abortivo, el tipo intermitente y la forma crónica.

Sin querer traer a este trabajo la descripción de las distintas formas que registran todos los libros de texto deseo, sin embargo, referirme a un estudio de 126 casos de meningitis cerebro espinal con 65 curaciones y 61 muertes o sea una mortalidad de 48.26%, que aparece en el American Journal of Medical Sciences de febrero de este año, debido a los Doctores Landry y Hamley y llevado a cabo en el Campamento Beauregard, Luisiana. (9)

Dicen estos autores: "tres formas de la enfermedad fueron observadas: la ordinaria (franca y disimulada), la fulminante y la crónica.

"La forma ordinaria se presentó ya como una franca meningitis, con síntomas premonitorios de dolor de cabeza, pérdida de apetito, malestar y últimamente escalofríos, fiebre, vómitos, cefalalgia intensa, tirantez dolorosa en los músculos del cuello, gran sensibiliddad a los ruídos, hiperestesia, fotofobia y los signos usuales complejos de influenza o laringitis; escalofríos, fiebre, malestar general. cefalalgia, dolor en los huesos, ronquera, tos e inflamación de garganta, etc. Esta última forma, durante el predominio de la influenza, creaba al principio un estado de perplejidad fácilmente resuelto después, cuando una inspección cuidadosa de la erupción petequial típica, muy frecuentemente presente en estos casos, sirvió de guía. Un caso, correctamente diagnosticado solamente en el tercer día de la enfermedad, presentó al comienzo la expresión característica de un reumatismo artícular agudo. Un síntoma observado en la mayor parte de los casos simulados, que no engañó nunca, fué la apatía mental o el embargo mental de los pacientes, que siempre tardaban en responder a las preguntas, demostrando una aversión a ser distraídos y deseando que les dejaran solos. Este síntoma siempre justificó una punción lumbar. Un contaje de leucocitos es siempre de ayuda y frecuentemente sugiere el diagnóstico. Uno de nuestros primeros casos que mostraba síntomas indefinidos fué correctamente diagnosticado antes de la punción debido a una numeración de leucocitos que dió 56,000.

La erupción, en nuestra experiencia. ha sido una ayuda como

punto de diagnóstico, habiéndose presentado en casi el 50% de nuestros casos en conjunto, y, en la última serie, cuando se hizo una investigación más cuidadosa, subió a 80%: Esta erupción aparece primero en los hombros, cara anterior de los antebrazos, piernas y pecho en forma de petequia, eritema o manchas hiperémicas de color rosado en la forma ordinaria de la enfermedad, y como manchas hemorrágicas típicas, de diferentes tamaños, en las formas muy graves. Quedamos tan impresionados con el valor de esta erupción, como un signo diagnóstico, que fué regla invariable para nosotros inspeccionar cuidadosamente todos los enfermos que presentaban algún síntoma sospechoso. Se observó también que estas manchas salen tan rápidamente y, algunas veces en tan pocas horas, que es necesario hacer frecuentes inspecciones.

"La forma fulminante, de la que nosotros tuvimos diez casos, nos demostró cuan impotentes nos hallamos frente a este tipo de tan temida dolencia. Incluímos bajo esta forma aquellos casos que murieron dentro de las 24 horas del comienzo. Cinco de estos murieron a las doce horas. El comienzo fué generalmente repentino, con violentos escalofríos, cefalalgia, gran depresión, fiebre, vómitos, pulso lento y blando, hiperexitabilidad seguida de pérdida de conocimiento y delirio. El signo de Kernig y otros signos de la enfermedad no se presentaron usualmente. Dos casos no presentaron síntomas definidos de la enfermedad al ser admitidos y fué ésta solamente sospechada cuando sobrevino en ellos la pérdidade conocimiento, dando la punción lumbar, en ambos casos, un líquido claro sin ningún organismo. La áutopsia, en ambos, reveló solamente congestión de las meninges y se vino a hacer el diagnóstico positivo por medio del cultivo del líquido céfalo raquídeo, después de la muerte. Uno de los casos vivió seis horas y media; otro ocho horas y media después de la aparición de los primeros síntomas. Otro caso fué traído bajo una profunda depresión y una intoxicación intensa, apareciendo la erupción hemorrágica a las tres horas del primer síntoma, extendiéndose rápidamente sobre todo el cuerpo y muriendo a las diez horas. El líquido del canal raquidiano fué claro, pero reveló meningococos. Este líquido y la sangre, debidamente cultivados, desarrollaron los organismos. Los otros casos no presentaron síntomas extraños, con excepción de una depresión profunda y la expresión general de una grave enfermedad que no pudo mejorar en nada el tratamiento."

Refirámonos, ahora, a los casos ocurridos en San Juan y para los cuales se solicitó el concurso del Instituto de Medicina Tropical é Higiene.

Primer caso: Niña A. B., noviembre de 1916. El Dr. W. W. King, Cirujano del Servicio de Sanidad de los Estados Unidos y miembro del Instituto de Medicina Tropical e Higiene de Puerto Rico, es solicitado por el Dr. Dobal para ver un caso de sintomatología sospechosa de meningitis cerebro-espinal.

La investigación llevada a cabo en una muestra de sangre teñida con el reactivo de Leishman, reveló en algunos polinucleares la presencia de diplococos que tenían gran semejanza con el meningococo.

Relacionando el cuadro clínico observado y el hallazgo de estos microorganismos en la sangre de la enferma, el Dr. King confirmó el diagnóstico provisional que hiciera de miningitis cerebro-espinal epidémica.

El estudio de este caso interesante, primero de esta enfermedad diagnosticado en Puerto Rico, fué publicado bajo el título de "Early Diagnosis of Cerebro-espinal Meningítis by the Examination of Stained Blood Films" en The Journal of the American Medical Association , 21 de diciembre de 1918. (10)

Segundo caso: Niña T. R., 4 de mayo de 1919. El Dr. Dobal, por comunicación telefónica a las diez y media de la mañana, me solicita para que envíe a tomar muestras de sangre a una niña enferma, con síntomas de meningitis, caso análogo, según expresión del Dr Dobal, al que tiempo atrás había visto en unión del Dr. King.

Enviamos un ayudante del Laboratorio del Instituto quién recogió nuestras de sangre sobre láminas porta objetos, y exudado faríngeo en torunda de algodón esterilizado, debidamente montada y preservada en tubo de cristal.

Teñida la muestra de sangre con el colorante de Leishman, pudimos observar varios leucocitos polinucleares, con numerosos diplococos incluídos en su protoplasma. Sometidas otras láminas al método de teñido de Gram, estos organismos se decoloraron.

Las siembras desarrollaron colonias de un diplococo morfológica y tintoreamente igual al meningococo.

La nota suministrada por el Dr. Dobal acerca del caso a que nos venimos refiriendo dice lo siguiente:

"Trinidad Rodríguez, trigueña, de 6 años de edad; no había "padecido enfermedades infecciosas dignas de mención para relacio-"nar un historial clínico.

"Hacía dos semanas que había padecido de parótidas, enfer-"medad que evolucionó de una manera benigna y yuguló rápidamente, "curándose en cinco días, Posteriormente no tuvo accidentes mor-"bosos de ninguna índole conservando su apetito y vigor físico en "estado normal. Permanecía en esta condiciones, contenta y alegre,

"hasta que la noche anterior al día de la visita se quejó de escalo-
"fríos, tuvo vómitos y fiebre, precedidos estos síntomas de convul-
"siones y estrabismo.

"Al día siguiente, fué llamado el Dr. Dobal para atender a esta "paciente encontrándola en estado tan grave que se le hizo imposible "delinear una sintomatología definida.

"La característica en el momento del examen fué: estado coma-"toso, pulso de 140; temperatura de 39.5, alguna rigidez de la nuca "y grandes manchas en forma de púrpura hemorrágica en todo el "cuerpo."

Tan pronto se practicó el examen de la sangre se le notificó al Dr. Dobal el resultado, quién a su vez denunció el caso a las autoridades sanitarias y, simultáneamente, enviamos un ayudante del Instituto para inquirir el estado de la enfermita y proceder a la punción lumbar.

El ayudante informó que la niña había fallecido; y debido a una falta de inteligencia entre el Departamento de Sanidad y el Instituto, se procedió por el primero—en la creencia de que se habían llevado a cabo todas las investigaciones por parte del segundo—a ordenar el enterramiento del cadáver, lo que hizo imposible completar el estudio del caso

Tercer caso: Mujer J. C.; 11 de mayo de 1919. Madre de la niña fallecida, que como posible portadora había sido aislada en el Hospital Cuarentenario del Departamento de Sanidad, y que por no haber desarrollado organismo sospechoso en las placas sembradas con el exudado de su garganta, había sido devuelta a su residencia a las 48 horas, se sintió violentamente enferma con cefalalgia frontal gravativa, escalofríos, fiebre alta, e inicio de convulsiones, al decir de la vecina más inmediata que vino en su auxilio. Esto ocurrió en la mañana del domingo 11 de mayo y a las diez y media de la noche fuí llamado por el Dr. Carballeira para ver a esta enferma, a la que encontré en la situación siguiente:

Decúbito lateral izquierdo, los muslos doblados sobre el vientre, las manos cruzadas sobre el pecho, la piel seca y relativamente fresca, pulso blando, frecuente y en número de 132 pulsaciones; la temperatura tomada en la boca, 41.1; respiraciones 18 a 22. Al interrogatorio la enferma contesta con dificultad, acusando como síntoma subjetivo dominante un gran dolor en todo el cuerpo. En efecto: la hiperalgesia era notable, al extremo de que el roce de las sábanas sobre los muslos y piernas provocaba viva protesta.

La exploración dirigida entonces a constatar esta sensibilidad exquisita probó que era en realidad extrema, arrancando gritos a la

enferma la sola presión sobre los músculos posteriores de la pierna y del muslo.

Las articulaciones no parecían estar afectadas aún cuando la presión ejercida sobre ellas despertaba igual protesta, El signo de Kernig, dudoso.

Establecido por el Dr. Carballeira un diagnóstico provisional de meningitis cerebro-espinal y denunciado el caso al Departamento de Sanidad, la enferma fué trasladada al hospital en la mañana del siguiente dia, 12 de mayo.

El Dr. Carballeira había tomado muestras de sangre en láminas para investigación bacterioscópica y excluir, en primer término, la participación del Plasmodium de Laverán. El análisis no reveló ningún organismo. Nuevas muestras de sangre fueron recogidas, ocho horas mas tarde y antes de ser trasladada la enferma al hospital, asi como exudado naso-faríngeo para siembras.

En estas láminas pudimos determinar entonces la presencia de diplococos intercelulares en los leucocitos polinucleares, que fueron también negativos al Gram y de idéntica morfología a los hallados en el caso de la niña. Convenientemente asilada en el Hospital y debidamente atendi a no se modificó en nada el cuadro anteriormente descrito sino que, por el contrario, acentuándase más los síntomas septicémicos la enferma sucumbió a las doce y media del siguiente día, esto es; a las 28 horas de haber ingresado y a las 36 o 38 horas de haberla visto nosotros en su residencia.

Practicada la punción lumbar por el Dr. Giuliani, hora y media después de la muerte, se extrajo un líquido claro con el que se hicieron siembras en medios especiales.

Los análisis practicados por el Instituto en este líquido, dieron los resultados siguientes:

Reacción de Wassermann	Negativa
Reacción de Lange	Negativa
Reacción al tornasol.	Albalina
Determinación de globulina.................	Normal
Reducción de glucosa..	Nula

Teñido el sedimento centrifugado se observaron bastantes leucocitos polinucleares y, en algunos de ellos, diplococos incluídos en su protoplasma.

Se extrajo, por punción, sangre del ventrículo izquierdo y se hicieron con ella siembras que como las del líquido céfalo raquidiano no prendieron.

Cuarto caso: Mujer M. R. 30 de mayo de 1919. El Dr. de Castro, médico de la Beneficencia Municipal, en el distrito de Santurce, nos solicita a las tres y media de la tarde para ver un caso de sinto-

matología rara que él tenía bajo su observación en la calle Labra, de dicho barrio.

Visitamos la enferma en unión del referido Dr. de Castro y del Dr. Alfaro y la historia del caso recogida por el primero nos puso en conocimiento de que esta mujer, trigueña, como de 32 años de edad, casada, se había sentido mala el día anterior; que el mismo día del exámen, por la mañana, se había quejado de fuerte dolor de cabeza y que poco después guardaba cama, quejándose amargamente cada vez que trataban de moverla.

El cuadro observado por nosotros fué idéntico al que nos ofreció el caso anterior. El decúbito era el mismo, el estupor absoluto, la hiperalgesia no permitía tocar las piernas sin que lanzara gritos la enferma y manchas hemorrágicas en gran número cubrían las piernas y los muslos. Signo de Kernig negativo. Temperatura 39, pulso frecuente y blando, ligero trismus que impidió la toma de muestras del exudado de la boca posterior.

Tomadas unas muestras de sangre sobre porta-objetos, pudimos determinar, dos horas despues, la presencia de diplococos en los leucocitos polinucleares, que como los otros se decoloraron por el Gram y eran morfológicamente iguales a los hallados en los casos precedentes,

Trasladada la enferma al Hospital Cuarentenario le fué practicada por el Dr. Hernández la punción lumbar que dió salida con bastante presión a un líquido purulento. Nosotros hicimos una hemocultura.

El teñido de una gota del líquido raquidiano reveló numerosas células de pus y extraordinaria cantidad de diplococos intra y extracelulares, Gram negativos.

Las siembras de ambas procedencias dieron cultivos puros y, con los que hemos operado nosotros frente a los sueros aglutinantes, nos permiten clasificar estos meningococos, mcoo correspondientes al tipo 4.

Ahora bien, las descripciones clásicas concuerdan, en lo que a estas formas fulminantes se refiere, con los dos casos que tuvimos la oportunidad de observar en vida y que hemos brevemente relatado, y en los cuales no llegó a desarrollarse el cuadro verdadero de la meningitis cerebro-espinal, pero en los que se manifestaron claramente los trastornos de la sensibilidad de que hablan los autores.

Laverán en la Enciclopedia a que nos venimos refiriendo dice al hablar del hábito exterior:

"En general los enfermos descansan acostados sobre un lado, "la cabeza doblada, los miembros recogidos sobre ellos mismos. En

"las formas graves los enfermos conservan el decúbito dorsal; los "miembros inferiores están doblados sobre el tronco.

"La cefalalgia contínua es el síntoma dominante, no falta jamás "al principio y persiste hasta el fin en las formas más prolongadas; "es violenta, atroz, arranca gritos a los enfermos o les mantiene en "una agitación violenta y en delirio furioso. Este dolor se extiende "a toda la cabeza, a la nuca, a las partes laterales del cuello. La luz, "los ruídos, los movimientos espontáneos o provocados les exasperan.

"A la cefalalgia occipito-frontal se unen muy frecuentemente "los dolores de la nuca y de la espalda. Los enfermos manifiestan "una sensibilidad exagerada o dolores a lo largo de la columna verte- "bral sobre todo en su parte inferior....Por último, los enfermos "más gravemente atacados, acusan una exagerada sensibilidad en la "superficie de los miembros; todo contacto un poco rudo aumenta la "agitación y los lamentos del enfermo, todo movimiento les fatiga y "les irrita."

Este decúbito concuerda con la observación hecha en los casos de J. C. y M. R.; y la notable hiperalgesia descubierta en el primero fué constatada también en el último. Notable en ambos fué la erupción de manchas hemorrágicas grandes que se distinguieron en las piernas y en los muslos.

Si observamos que en estos casos de la serie del Instituto, empezando con el primero que diagnosticara el Dr. King, una muestra de sangre teñida reveló el diplococo intracelular, morfológica y tintoreamente semejante al meningococo, y que en dos de esos casos pudo hallarse en el líquido céfalo raquídeo y cultivarse en uno, por siembra de este liquido y por hemocultura, el mismo organismo, se vendrá en conocimiento de que estos cuatro casos sufrieron una sepsis meningoccica a consecuencia de la cual fallecieron.

Como en todos ellos fué el exámen directo de la sangre teñida, el que acusó la presencia del meningococo, nosotros sugerimos que sistemáticamente, sea utilizado este medio de comprobación diagnóstica en tanto que el cuadro clínico se desenvuelva y vaya indicando la necesidad de practicar la punción lumbar. Aconsejamos que, a ser posible, se practique al mismo tiempo una hemocultura y se haga un recuento de leucocitos.

Para la obtención de muestras sobre porta-objetos sugerimos que se haga una punción en el dedo pulgar o medio de la mano, que permita extraer varias gruesas gotas de sangre. Deben despreciarse las dos primeras y dejar caer una o dos gotas gruesas en cada lámina, extendiéndolas con otro porta-objetos de modo que se forme una película gruesa en toda la superficie del cristal, el que se dejará secar al

aire antes de envolverlo. Deben tomarse cuatro o seis láminas, pues el propósito de esta investigación es buscar leucocitos donde se hallen los diplococos, y conviene multiplicar las muestras.

De todo lo que hemos expuesto deducimos las conclusiones siguientes:

1. Los meningococos tienen su puerta de entrada en la boca posterior y en la región nasofaríngea.

2. La sangre es invadida por los diplococos intracelulares originándose una bacteriemia, que puede o no desarrollar síntomas meníngeos y dar lugar o no a una meningitis.

3. Los cuatros casos de la serie del Instituto de Medicina Tropical e Higiene que fallecieron de sepsis meningococcica o, si se quiere, de meningitis cerebro-espinal contagiosa de forma fulminante, acusaron en la sangre diplococos intracelulares, que sirvieron para confirmar el diagnóstico clínico provisional hechc.

4. El exámen directo de muestras de sangre teñida, la decoloración de los diplococos por el método de Gram, la hemocultura y el recuento de leucocitos debe, sistemáticamente, practicarse en todo o en parte en cualquier caso sospechoso de meningitis cerebro-espinal o en cualquiera de las infecciones que tienen un comienzo súbito, no explicado fácilmente por el interrogatorio y la exploración clínica.



BIBLIOGRAFIA

1. Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales—2 serie, tome 6–646,
2. FRENCH's Practice of Medicine–4th edition, 130.
3. DIEULAFOY.—Clinique Medicale de L'Hotel-Dieu de París, III 1898–1899. Pag. 317.
4. COHEN & FLEMING.—The diagnosis of epidemic meningitis and the control of its treatment by rapid bacteriologic and serologic methods. Jour, Infect. Dis. Vol. 23 p. 337.
5. HERRICK.—Arch. Int. Med. 1918–21, p. 541.
6. MAXY.—Observations on the presence of the meningococcus in the blood. Jour. Infect. Dis, Vol. 23 p. 470.
7. JOCHMAN.—Tratado de Medicina Interna--Mohr y Staehelin —Tomo II pág. 256.
8. OSLER.—Practice of Medicine p. 160.
9. LANDRY AND HAMLEY. Am. Jour, Med. Sc. 1919. Vol. CLVII, Nº 2. p. 210.
10. KING W. W.—Early diagnosis of Cerebro-espinal Meningitis by the examination of Stained Blood Films.—J. A. M. A., Dec. 21, 1918- Vol. 71 pp. 2048–2050.
11. ROVEY, SAILOR etc. Clinical and epidemiogical studies on epidemics meningitis. Jour. Infect, Dis. Vol. 23 p. 317.
12. FLEXNER.—J. A. M. A. August, 25, 1917 p. 639.
    Sept. 1, 1917 p. 721,
    Sept. 8, 1917 p. 817.
13. MEDALIA.—Epidemic Meningitis Situation at Camp. Mac Arthur—Military Surgeon. Vol. XLIV No. 3, March 1919. p. 259.
14. SIMÓN.—Human infection carriers. 1919 p. 106.

BREVES NOTAS ACERCA DEL EMPLEO DE LA ADRENALINA

EN EL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE TIFOIDEA EN LOS TRÓPICOS.

Por el Dr. Julio Barreiro

DIRECTOR DEL SANATORIO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE AUXILIO MUTUO Y BENEFICENCIA DE PUERTO RICO.

No pensaba daros cuenta todavía, de los resultados por mí obtenidos con el empleo de la adrenalina en las tifoideas tropicales; por la sencilla razón de que considero, que veinte y tantos casos. que son los por mí así tratados, es un número muy reducido para formar un juicio fundamentado, pudiendo constituir una serie afortunada: a la par, que por no tener, por ahora, estudiado con la minuciosidad que deseo, las modificaciones que dicha sustancia determina en la fisiología-patológica del organismo, afecto de dicha toxinfección.

Sin embargo de ello, la existencia de la pequeña epidemia que reina en Santurce, me desvió de mis propósitos, ante el laudable y humanitario fin, de poder ser útil a la vez a mis compañeros y a los pacientes afectos de dicha enfermedad.

Y ya disculpada mi manera de proceder, mediante el anterior preámbulo, entraré en materia comenzando por los fundamentos teóricos que me indujeron a introducir el citado medicamento en la terapéutica de la tifoidea en los trópicos.

Había leido en las publicaciones médicas francesas aparecidas durante el primer año de la guerra, los buenos resultados obtenidos con el empleo de la adrenalina, en los soldados fatigados por la vida de campaña; y que habían tenido la desgracia de ser invadidos por fiebres infecciosas de variado origen.

Meditando sobre ello, encontré cierta analogía entre el *surmenage* de los susodichos soldados, y el que padecen casi todos los enfermos afectos de tifoidea que ingresan en este Sanatorio. En efecto la mayoría de los socios de esta institución, se dedican al comercio, en sus variados ramos. Los que son jefes de las casas comerciales, se levantan de sus camas con anterioridad a sus dependientes: para trasladarse a sus almacenes y presentarse en ellos antes que nadie, para dar buen ejemplo. Una vez allí, se *pegan* a su escritorio; y torturando constantemente su imaginación para el mejor desarrollo de su negocio, atienden al mismo tiempo a clientes y empleados, exprimiendo materialmente su cerebro en beneficio de sus intereses pecuniarios. Agréguese a ésto que su descanso nocturno es incompleto, pues que el pensamiento constante de sus intereses siempre expuestos a fluctuaciones, que lo mismo pueden acarrearles pingües

ganancias, que pérdidas considerables, les perturban el sueño normal; haciendo que sea poco reparador; y se verá que estos señores por robustos que sean, padecen siempre de *surmenage;* quizás todavía mayor, que el de los mozos de carga de sus almacenes.

Algo parecido sucede con sus dependientes; pues qué el tiempo que les dejan libres sus ocupaciones, lo emplean generalmente, en diversiones nocturnas; que llevan aparejadas el trasnochamiento y el insomnio consiguientes, debido a excitaciones o irritabilidades de última hora. Consecuencia de esto: También la fatiga en ellos.

Un segundo factor, de importancia suma viene a agregarse al anterior aumentando los trastornos que padecen los que se dicen sanos, y es: La alimentación; defectuosa e impropia de estos climas tropicales. Todos sabemos el abuso que aquí se hace de la carne; de reses viejas por lo general, para hacer mayor la dificultad de su digestión. Condimentadas con multitud de salsas, más o menos especiadas y con grasas que son mezcla de los tres reinos de la naturaleza, hacen sufrir diariamente a estómago, intestino, hígado y páncreas. Para completar los trastornos, se agrega generalmente a las comidas, pescados; que casi nunca son frescos y libres de la putrefacción incipiente que el calor de estos climas determina en ellos a las pocas horas de ser extraídos del agua; o sustancias animales variadas, conservadas en latas, que si no están manidas, sufren una rápida descomposición una vez abiertas las latas que las contienen. El hielo en las bebidas viene a completar el ataque a la integridad del aparato digestivo. De ahí, que las dispepsias y enfermedades hepáticas, son tan frecuentes en esta isla, que pocas personas se libran de ellas. En esto superamos a los soldados que vivian en las trincheras, mas racionalmente alimentados, a pesar de ser el clima frío y por lo tanto, no tan peligroso para el funcionamiento gastro-intestinal.

Estas, son más o menos las condiciones de existencia de los socios de esta casa, que a la hora de su enfermedad, constituyen el núcleo de los enfermos recluídos en este Sanatorio. Una vez afectados por la fiebre tifoidea, creo no hace falta gran esfuerzo de imaginación, para compararlos con los soldados en campaña, contagiados con la misma enfermedad. Tan *surmenados* están los unos como los otros, quizás más los primeros.

Las fermentaciones intestinales tan activas en estos climas, en donde el verano es perpétuo, vienen a complicar la situación; determinando una insuficencia hepática crónica con todas las consecuencias de ella derivadas.

Una de éstas, es: Que las toxinas elaboradas en el intestino

durante la tifoidea por el bacilo de Eberth y sus asociados, no sufran sino incompletamente la acción antitóxica del hígado; franquean más facilmente esta primordial barrera, e invaden la circulación general menos neutralizadas y en mayor número. Su influencia no solo se deja sentir bajo la forma de una mayor toxemia. sino por un mayor ataque, especialmente dirigido a las suprarenales, que aumentan su funcionamiento para suplir la función antitóxica del hígado, vuelta insuficiente

Otro factor viene todavía a sumarse al ataque de la integridad de las suprarenales; y es, la acumulación de los productos de desintegración de los músculos y de las grasas quemadas por el organismo para producir las calorias necesarias para el mantenimiento de la fiebre y la defensa contra los organismos invasores; y, que por su concentracción muscular elevada, a la par son insuficientemente eliminadas por el riñón, hallándose esta función generalmente complicada con la oliguria de que se acostumbra rodear la tifoidea.

Pero el funcionalismo de las suprarenales no puede, ni aumentarse de una manera ilimitada, ni mantenerse mucho tiempo en hiperproducción. Pronto agota sus materiales de reserva y sobreviene una insuficiencia rayana en el agotamiento.

De ahí, que estas ideas, que a primera vista pudieran ser tomadas por simples teorías, sean sancionadas por la práctica, traducidas bajo la forma de los síntomas apreciados en los organismos afectos de la fiebre tifoidea en los trópicos.

En efecto llama enormemente la atención la adinamia intensa y la hipotensión que se apodera de la mayoría de los tifódicos, ya en el curso de la primer semana de su infección; y que unidas a la gran depresión nerviosa, próxima a la inconciencia, nos demuestra de un modo irrefutable que las defensas antitóxicas del hígado y de las glándulas suprarenales están reducidas a su mínima expresión.

Lógico es pues, ir en ayuda de ellas. ¿Pero cómo? Sobre las hepáticas sólo podemos actuar de un modo indirecto, favoreciendo la eliminación de las toxinas, fabricadas en el intestino, utilizando para ello los enemas y los antisépticos intestinales, a la vez que ayudando a la eliminación de las que ya han pasado al torrente circulatorio, favoreciendo para ello la diuresis por medio de los mismos enemas y la balneación.

Pero sobre la antitoxia de las suprarenales podemos actuar de una manera más activa y eficiente por medio de la opoterapia suprarenal, o en su defecto con la. adrenalina, con cuya administración, no solo suplimos la deficencia de la producción suprarenal, sino que por el latigazo que damos con su propio excitante fisiológico a las

diversas glándulas internas y a los sistemas simpáticos y vaso-motor, influímos poderosamente, y de una manera muy beneficiosa, sobre la circulación general y sus derivaciones: La eliminación de productos tóxicos y la inervación cerebro-bulbar.

Y la práctica confirma la teoría. Efectivamente: A las 24 o 48 horas de la administración de la adrenalina, el cambio sobrevenido en el efermo, es muy apreciable: Aumenta la tensión del pulso y disminuye algo su frecuencia: el enfermo parece que despierta de su letargia; su inteligencia se despeja, contesta con más lucidez a las preguntas que se le dirigen, a cuyo efecto contribuye la menor tremulación de su lengua; las orinas aumentan de volumen y disminuyen en coloración y densidad a veces. En fin se asiste a una verdadera resurrección.

Así sucedió en uno de los primeros casos tratados, con ese medicamento y que me fué conducido a este Sanatorio por su pariente nuestro competente y querido compañero el Dr. Hernández, en un estado tan deplorable que creí viviría pocas horas. Al segundo día de la ingestión de seis gotas de adrenalina al milésimo repartidas en dos dosis de tres gotas, disueltas en una copa de agua, el enfermo cambió de aspecto, su pulso se hizo mas tenso y menos frecuente, el volumen de orina alcanzó una cifra próxima a 1,000 gramos; la temperatura, en los días sucesivos sufrió tales oscilaciones entre la mañana y la tarde que pensando en el paludismo asociado a la tifoidea, nos hizo practicar repetidos y frecuentes exámenes de sangre sin poder hallar nunca el hemoplasmodio; el sensorio se fué despejando paulatinamente y adquiriendo tonicidad sus músculos, apreciable esta última, sobre todo en la lengua, que al principio los mayores esfuerzos del enfermo no lograban hacerla franquear las arcadas dentarias y que poco a poco, con tremulaciones primeramente, y sin temblores después, fué obedeciendo a su voluntad.

Se continuó administrándole diariamente las seis gotas de adrenalina, en la forma indicada, durante todo el período febril; y si bien este fué largo, el enfermo llegó al apirético sin complicación alguna.

A los cinco días de apirexia, y ya suspendida desde hacía cuatro la administración de la adrenalina, me sorprendió una mañana al pasar la visita reglamentaria de esta casa la repentina frecuencia de su pulso (120 pulsaciones al minuto con 36º 6. C.) Ordené la inmediata inyección de ½ c. c. de la solución de adrenalina al milésimo, y a la hora, todo había entrado en orden transcurriendo después la convalecencia sin incidente alguno.

Otro caso igualmente gravísimo es el registrado con el número 23,459 en los libros de ingreso de esta casa, y que desde Cayey me

fué traído en la ambulancia por el Dr. Nogueras, comenzando el 2º septenario de su enfermedad Venía en un estado de postración, inconsciente, con delirio intenso, 40º 4 C.--130 pulsaciones casi filiformes, diarrea profusa e involuntaria; orinas poco abundantes y cargadas de color, que en los primeros días no pudieron recojerse por orinarse involuntariamente en la cama; palidez intensa con cianosis de labios y manos, temblores constantes de miembros y labios, raya de Sargent; imposibilidad de echar la lengua fuera de la boca; abdomen tenso, calenturiento y doloroso; infarto hepático; gorgoteo en la fosa iliaca derecha, borborísgmos y ligera matidez espiénica. Corazón rapidísimo pero normal al parecer. Pulmones con ligeros síntomas de bronquitis.

Instituí seguidamente la medicación adrenalínica, a más de la corriente, de baños; hielo a la cabeza y sobre el víentre, tónicos y desinfectante intestinal a base de subnitrato de bismuto y benzonaftol.

Al cabo de pocos días, su estado mejoró ligeramente; pues de una manera paulatina aumentó su tensión arterial, si bien la frecuencia del pulso se mantuvo entre 100 y 110; el sensorio fué despejándose, denotándolo primeramente el enfermo, por la sonrisa con que nos reciben a los médicos; y más tarde saludándonos por nuestros nombres; adquiriendo el dominio de sus esfínteres etc.

La fiebre se mantuvo con oscilaciones entre 38 º y 40 º durante *treinta* y *tres días*, y por fin volvió a la normal, hallándose hoy el enfermo en franca convalescencia y paseando por sus pies, durante las horas reglamentarias. Es un verdadero resucitado.

Más o menos parecidas en evolución y resultados, aunque no de tanta duración, fueron las restantes tifoideas, asistidas en esta casa de cuatro años acá; todas mediante el tratamiento por la adrenalina. Juzgo supérfluo transcribir sus historias (siempre a disposición de los compañeros) por no ser demasiado pesado, y por no diferenciarse apenas de las ya citadas, en nada que valga la pena de fijar la atención.

Pero, antes de terminar, debo llamar la atención de mis compañeros, sobre el hecho notable de que ninguno de mis enfermos que tomó la adrenalina tuvo hemorragias intestinales.

Otra observación, también de valor, es que a los pocos días de tomar la adrenalina las deposiciones, antes profusas y diarreicas, disminuyeron de número y aumentaron de consistencia en todos ellos, tanto que en los últimos períodos de su enfermedad, hubo que recurrir a los enemas para mantener la limpieza del intestino.

Creo que en esto, no sólo influyó la adrenalina, sinó también,

o más bien la vía de administración. En efecto, nadie ignora la acción local de la adrenalina, aún en soluciones débiles sobre la vascularización de las mucosas; y ambos hechos anteriormente citados me los figuro efectos de una misma causa; la vaso-constricción determinada en el tractus intestinal, por el contacto de la solución de adrenalina, que debido al peristaltismo exagerado del intestino, no tiene tiempo de ser absorvida antes de llegar al intestino grueso. Es la razón que hallo más plausible para explicarme dichos fenómenos.

Y para terminar diré que el motivo más poderoso de mi entusiasmo por el uso de esta droga en la tifoidea, estriba en el hecho de que en los cuatro años que hace que la empleo, no he tenido ninguna defunción por esta enfermedad; y si bien es cierto que un par de docenas de casos son pocos para formar juicio, la consideración de que la inmensa mayoría entraron ya graves en la casa y la de que en los tres años anteriores, empleando igual sistema de tratamiento. excepto la adrenalina, han sucumbido tres de los tifódicos que he tratado, me hace considerar a la adrenalina como la causante del éxito terapéutico obtenido.

Ojalá no tenga que rectificarme al tratar los casos que en lo sucesivo se me presenten.

LAS ENFERMEDADES DE LAS VIAS RESPIRATORIAS Y LA TUBERCULOSIS

Por el Dr. Pierre Lereboullet

MEDICO DE LOS HOSPITALES DE PARIS

(Del París Medical número consagrado a las enfermedades de las vías respiratorias y de tuberculosis.)

En estos últimos años se ha alabado mucho la auscultación *supra-clavicular* que con seguridad es susceptible de dar resultados, más su análisis es delicado. (Ramond, Rist, Lemoine). Hay una región particularmente muy favorable al exámen y que recientemente Sergent la ha definido bien. Esta región es *la zona interna de la f sa supra-espinosa, zona de alarma de St. Chauvet;* corresponde a la parte interna de la *fosa infra-espinosa* y confina abajo con el espacio interscápulo-vertebral. Para limitarla se procede de este modo: del centro del espacio que separa la apófisis espinosa de la 7ª cervical de la 1ª dorsal, se tira una línea hasta el tubérculo saliente sobre la espina del omóplato, (tubérculo del trapecio); sobre el medio de esta línea, tomada como centro, se describe una circunferencia del diámetro de una pieza de cinco francos; esta circunferencia circunscribe la zona de alarma que corresponde bien, al vértice del pulmón, como lo prueba el examen radiográfico; para alcanzar el vértice, en efecto, la auscultación debe hacerse enteramente hácia adentro, y mucho más arriba de lo que se acostumbra. Esta zona de alarma, corresponde por delante enteramente a la parte interna del hueco supra-clavicular, a una altura notable por encima de la clavícula. Debido a que esta región es clínicamente la más accesible a la auscultación, es que E. Sergen la recomienda fundadamente. La discusión que siguió a su informe ha demostrado que, por la radioscopia y la radiografía, (Rist, León Bernard, Ribadeau-Dumas), se pueden constatar con f ecuencia, lesiones tuberculosas en otros puntos, las cuales parecen de fecha anterior: pero es necesario no confundir en la tuberculosis, el sitio inicial de los signos físicos y el de las lesiones; y que cualquiera que este último sea, es cierto, como lo demuestran los hechos de Sergent, St. Chauvet y los informados por Etienne (de Nancy), que es al nivel de la zona de alarma que los signos físicos son con mucha mayor seguridad y facilidad más comprobables.

La desigualdad pupilar en las afecciones pleuro-pulmonares, fuera de la sífilis, ha sido estudiada recientemente por E. Sergent, que ha recordado, que más de la mitad de los sujetos atacados de

estas afecciones presentaban este síntoma, y en cuyo primer lugar se encuentran los pneumónicos y los tuberculosos e insistiendo sobre el síndrome oculo-pupiiar descrito por Souques, en la tuberculosis del vértice (myosis del lado enfermo, disminución de la abertura palpebral, retracción del globo ocular); a este síndrome se sobreañaden á veces, trastornos vaso-motores de la cara, del mismo lado. Puede en fin, haber inversamente dilatación de la pupila, asociada a trastornos vaso-motores de la cara dei mismo lado. Para explicar estas modificaciones pupilares se ha invocado una teoría anatómica basada sobre los trabajos de Mme Déjerine; una teoría refleja (Chauffard y Laederich); una teoría toxi-infecciosa (Massalongo), conteniendo todas, cierta parte de verdad. Lo que sí debe retenerse es la existencia de la desigualdad pupilar en las afecciones pleuro-pulmonares fuera de la sífilis. De otra parte, se puede, como lo ha demostrado Cantonnet hace dos años, poner en evidencia la desigualdad pupilar por la *midriasis provocada*, instilando en ambos ojos un número igual de gotas de una solución de cocaina a 4%; al cabo de ocho a quince minutos las pupilas se dilatan, y el examen a la luz del día, o en el cuarto obscuro, muestra la desigualdad pupilar, notándose la midriasis, más en el lado más afectado. Los resultados obtenidos por Cantonnet son muy sugestivos, comparables a los de Fodor, que ha co.nprobado en la tuberculosis la desigual reacción de las pupilas a la luz, conmidríasis del lado lesionado.

(Traducido por el Dr. E. P. Coronas, del ' Patís Medical)

LEPRA INCIPIENTE

Por el Dr. Mourao

El Dr. Mourao describe con ilustraciones lo que el llama un nuevo signo de la lepra. Este es el resultado del desgaste de los músculos del lado ulnar de la mano, de modo que el borde de la mano se adelgaza formando una línea agudo. Los músculos que gobiernan el dedo pequeño y la región hipotenar se atrofian, y la palma se alisa en ese lado. Los músculos del pulgar no están afectados, y la eminencia tenar aparece aún más prominente a causa del contraste. Los músculos de la parte interna del pié ofrecen igual atrofia en el mismo lado, y hay pérdida de toda sensibilidad, aun cuando la parte externa del pié y de la pierna se conservan normales. El ha observado éstas manifestaciones como únicas y primeras de la lepra en algunos casos, confirmándose el presunto diagnóstico más tarde en el curso de la enfermedad. Entre los otros signos tempranos nota la extrema palidez, en las formas nerviosas de la lepra; mientras que en los casos en

que desarrollan luego la forma tubercular, la cara se pone uniformemente roja, no de un rojo brillante, sino un poco más oscuro que el normal. Las venas están prominentes, la piel parece lisa, lustrosa en extremo sensible; cualquier roce produce en ella una reabicundez eritematosa Las pérdidas de sensibilidad ocurren en regiones asimétricas de un modo carecterístico, afectando el lado ulnar de la mano, y el lado opuesto en el antebrazo hasta el codo; en el pié la región interna, y la externa de la pierna—todas en el mismo lado del cuerpo. Una sensación de frío, aún en días calurosos, es un síntoma temprano de lepra. Algunos leprosos se quejan de llamaradas calientes como las de la menospausia, al mismo tiempo que de intensos y contínuos escalofríos. El aconseja estar alerta siempre con la lepra aunque paresca prepóstero sospecharla, y relata un número de casos en los cuales se han dado tratamientos para todo menos para el diagnóstico correcto. Mourao conoce un cura, un médico y una partera quienes no admitían el hecho de que sufrían lepra porque les impediría la práctica de sus profesiones; y ha notado esta enfermedad en barberos, sirvientes y en otras personas. Menciona especialmente un caso de lepra, desconocida, en una prostituta, y otro en una maestra de escuela pública, y refiere una docena de casos semejantes. Un joven había sido tratado por atrofia progresiva muscular y por reumatismo durante dos años sin beneficio alguno, hasta que la confesión de que su padre tenía lepra avanzada aclaró el conjunto de los síntomas. Mourao halla que el aceite de chaulmoogra por lo común detiene la enfermedad, pero que es una espada de dos filos pues produce graves disturbios digestivos. Para concluir describe el *Hospital dos Lazaros de Río* con sus grandes jardines, salones de música, cinemas, orquesta, biblioteca y salones de trabajo, como la solución del problema nacional de la lepra. Esto previene el contagio de otros; y es un asilo de leprosos del cual ninguno desea escaparse; una prisión sin rejas; pero su capasidad es limitada. Iguales establecimientos esparcidos por el país dejarían resuelta la cuestión de la profilaxis.

Archivos Brasileros de Medicina. Río de Janeiro.

NUEVAS ORDENANZAS ALEMANAS PARA LA REPRESION DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS

LAS SIGUIENTES SON UNA TRADUCCIÓN DEL TEXTO DE DOS ORDENANZAS ALEMANAS REFERENTES A LAS ENFERMEDADES VENÉREAS, RECIENTEMENTE PUBLICADAS EN EL SUPLEMENTO MÉDICO COMPILADO POR EL «MEDICAL RESEARCH COMMITTEE» DE LA GRAN BRETAÑA

No. 6,587. Ordenanza para combatir las Enfermedades Venéreas. Diciembre 11, 1918 Reichsgesetzblatt, p. 1431.

Con el fin de combatir las enfermedades venéreas se expide la siguiente ordenanza.

No. 1. Sifílis, gonorrea y chancro son enfermedades venéreas según el significado de ésta ordenanza, sin tener en cuenta la cuestión de cual de las partes del cuerpo está afectada por los síntomas de la enfermedad.

No. 2, Cualquier persona que se halle sufriendo de alguna enfermedad venérea, siempre que exista peligro de que él (o ella) propague la enfermedad, puede ser compulsoriamente sugeta a un tratamiento médico y aún llevada a un hospital si esto se considera necesario para evitar de un modo seguro la propagación de la enfermedad No será permitido emplear medicina alguna ni practicar operación quirúrgica que envuelvan serio peligro para la vida o la salud del paciente excepto con el consentimienfo de éste. El método para proveer a las expensas será determinado por las leyes del estado.

No. 3. Cualquier persona qua tenga comercio sexual con otra, apesar del hecho de que él (o ella) sepa o pueda suponerlo por las circunstancias, que él (o ella) está sufriendo de una enfermedad venérea infecciosa, es penable con prisión por un período que no exceda de tres años, a no ser que las leyes penales generales (en vista de los hechos especiales del caso) impongan mayor castigo.

En lo que concierne a los esposos o personas desposadas entre sí, no se seguirá proceso alguno excepto a petición (hecha por la persona agraviada) la prosecución no tendrá lugar después de transcurridos seis meses del contagio.

No. 4, Cualquier persona que examine o asista medicamente a otra que esté sufriendo de una enfermedad venérea infecciosa informará a tal persona de la naturaleza e infeccioso carácter de la enferdad y del hecho de que el acto referido en el nº 3 constituye una ofensa penal.

Berlin, Diciembre 11 1918.

El Gobierno Imperial,
Ebert

El Secretario del Interior,
Dr. Prenss.

No. 6,580 ordenanza con respecto al cuidado que se debe dar a los militares que están sufriendo de enfermedades véneras. Diciembre 17, 1918 Reichsgesetzblatt p. 1433.

Por virtud del decreto del Consejo de Delegados del Pueblo para la formación del *Imperial office for Economic Demobilización* (*Demobilización office*) fechado en Nov. 12, 1918. Reichsgesetzbatt d. 1304 se expide la siguíente ordenanza:

No. 1 (1) Se notificará por la autoridad militar competente al

establecimiento del estado para el seguro nacional, el nombre de toda persona licenciado del Ejército o de la Marina que haya padecido de enfermedad venérea durante la presente guerra. Esta notificación se hará al distrito de su nueva o última residencia conocida, para que pueda recibir los cuidados médicos ulteriores. Toda persona perteneciente al Ejército o a la Marina que sin haber sido formalmente licenciado permanesca ausente de su unidad, será tratada como si lo hubiera sido.

(2) La provisión anterior (1) se aplica *mutatis mutandis*, a cualquier persona que durante la presente guerra haya estado en relación, tenido contrato o prestado servicio en el ejército beligerante o que de cualquier otra manera haya permanecido en o seguido al ejército.

No. 2. En cuanto a las comunicaciones prescritas por la regla No. 1 no son requeridas en el terreno médico; las autoridades administrativas del Ejército y de la Marina pueden, pueden, con el consentimiento del *Imperial National Insurance Officer*, abstenerse de hacerlas.

No. 3. Esta ordenanza estará en vigor desde la fecha de su publicación.

Berlin Diciembre 17, 1918.

Imperial Office for Economic
Demobilzation (The Journal)

CLINICAS QUIRURGICAS DE LOS HOSPITALES MUNICIPALES DE SANTURCE

Por los Dres. G. Barbosa y Lassise

EXPOSICIÓN DE UN CASO DE TUMURACIÓN GIGANTE DE UNA GLÁNDULA LINFATICA DEL MESENTERIO

Caso No... mujer de veinticinco a treinta años. Debil de constitución. Ingresa en los Hospitales con los siguientes datos:

Historia familiar. Negativa.

Historia pasada. Ha padecido de variola, influenza, hace poco, y ataques epileptoides. Sus antecedentes genesicos son: multipara de seis hijos, sin ningún parto anormal ni complicado, historia menstrual normal a excepción de alguna dismenorrea. Ha tenido ulceraciones en las piernas.

Historia presente. Hace cuatro meses dió a luz un niño y a los cuatro días de parida empezó a sentir un dolor hacia la región hipogastrica de carácter sordo, que se hacía mas exquisito al moverse en cualquiera posición. Era continuo pero no insoportable. Este estado de cosas se mantuvo por espacio de tres días. Después se sintió

sensación de peso y raramente, la manifestación subjetiva de una masa en el abdomen. Esta masa fué aumentando y alarmando a la paciente; conjuntamente con estos síntomas se presentó el deseo constante de evacuar la vejiga inmediatamente después de haber orinado. Se sentía estreñida. Había buen apetito.

Exámen físico. La piel demuestra señales de cicatrices de variolas. Palidez marcada de las mucosas y piel, constitución debil.

Pecho y corazón. El pecho demuestra lo siguiente:

Pulmón derecho; en el apice hay una pequeña zona de macidez apagada que se extiende desde la fosa supra-clavicular hasta la segunda costilla, en su espacio intercostal, aclarándose la nota de percusión en el resto del pulmon; a la auscultación se notan rales pequeñas inspiratorias, esparcidas y que no cambian de posición al toser; posteriormente se descubren las mismas notas mas notablemente. No hay tos, fatiga, ni fiebre, pérdida de peso ni sudores fríos. El resto del cuerpo normal.

Al examinar sin embargo el abdomen se notaba una masa oblongada, bipolar, movíble, dura, dolorosa, multilobular, localizada en la región umbilical, cuyos bordes superiores se delineaban perfectamente pero los inferiores no eran notables al tacto. El tamaño correspondía al de un riñón gigante. La masa no sufría cambios algunos al movimiento respiratorio profundo.

Exámen bimanual. Ni el periné ni el cuello mostraban nada de particular, pero al hacer presión sobre la masa, el movimiento imprimido a ella abdominalmente se trasmitía por el utero a la mano examinadora por la vagina.

Investigaciones del Laboratorio.

Exámen de sangre por malaria...... Negativo.

Exámen de sangre para determinar computo diferencial y numérico resultó como sigue:

Cómputo diferencial...... { Neutrófilos polimorfos... 80%.
{ Linfocitos pequeños..... 20%.

Leucocitosis aparente se nota al correr de los campos investigados. Diágnostico provisional. Quiste ovarico.

Operación Después de franqueados el abdomen y sus tejidos, nos encontramos con una masa situada en el cuadrante superior izquierdo hacia el ombligo. Esta tenía la forma de un riñón gigantescon los mismos caracteres anotados en el exámen físico, pero adherida al intestino y estómagos en su parte postero-superior y entre las capas del mesenterio del intestino pequeño en su parte superior e incipiente Posteriormente estaba asegurada por el mesenterio e inmediatamente sobre la aorta descendente y la cava ascendente. Aquella

parte del intestino pequeño y estómago adherido a la masa preséntaba señales evidentes de congestión pasiva muy marcadas. Hubimos de separar todas estas adherencias desbridando las bandas que obstruían el paso y oscurecían la visual del campo desorientando todos los puntos anatómicos. Lo mas habilmente posible evitamos mortificar las nobles estructuras que tan cerca estaban del dedo disecador, pudiendo despues de esfuerzos y paciencia aislar la masa completamente y extirparla. Casi al momento de desprenderse la masa, sobrevino una cianosis muy marcada aunque este síntoma se presentó solo sin el cortejo de otros síntomas que estamos acostumbrados a ver en los accidentes por la anesesia qúe en este momento se desenvolvía magistralmente. Hemos creído no sin razón que este fenómeno se presente por presión sobre el plexo solar en cuya vecindad y contigüidad se desenvolvían los acontecimientos. La operación terminó felizmente y el curso post operatorio siguió normalmente hacia la convalecencia.

Poste iores cortes de la masa demostraron ser un tejido linfoideo, con zonas hemorrágicas y de degenaración extensas, no habiendo celulas gigantes.

DE MIS LECTURAS.—CURIOSIDADES.

Por el Dr. Martínez Rosselló

Vacunas.

Sin un conocimiento exacto de la naturaleza del gérmen infectante, y sin la seguridad de la bacteria contenida en el medio vacunífero y la del foco infectante son del mismo tipo, la vacunoterapia es nn mito; método incierto de terapéutica, y no debe ponerse en práctica.

Bacilo coli.

En todos los casos de fiebres, de tipo inexplicable, debe recordarse que el coli-bacilo puede ser la bacteria responsable de tal estado.

A las Nurses.

Cuide, señorita enfermera, de no olvidar que a los enfermos de fiebre tifoidea no se les debe masajar el abdómen. Después de los baños bien se está que le friccione usted el dorso, los miembros inferiores; pero nunca el abdómen.

Perforación intestinal.

Todo dolor abdominal en un tifódico no significa perforación intestinal; pero merece la más cuidadosa y perseverante atención.

PNEUMONIA.

Ante la «Sociedad médica del Estado de Pennsylvania» y ante el «Congreso de Médicos y Cirujanos americanos,» celebrado en Washington, Coles ha afirmado, en dos comunicaciones, que cerca del 5% de las pneumonias son debidas a otros gérmenes distintos del Pneumococo, tales como estafilococos, estreptococos y bacilos de Friedlander. Y que dentro del mismo género de Pneumococos hay diversos grupos, o tipos, que varían unos de otros en sus características peculiares. Este dato es de tenerse en cuenta, para explicarse los fracasos que en el uso del suero curativo se registran. Se debe a que en su preparación no ha entrado el grupo que ha determidado la enfermedad. Los varios grupos de Pneumococos producen sueros que son curativos solamente contra los gérmenes de su propio tipo.

LA BOCA.

Cuando se nos presenta un enfermo crónico es conveniente siempre examinarle la boca. Se sabe bien cuanto pueden influir en la génesis de muchas enfermedades el estado de las amígdalas, de las encías, y de la dentadura. El reumatismo, la anemia, la gastritis, algunas enfermedades del corazón, y otras varias afecciones dependen, a veces, de la boca o las fauces.

HIDRATO DE CLORAL.

Veinticinco centígramos de Hidrato de cloral por 30 gramos de agua, destruye la caspa y evita la caída del cabello.

BACCILLUS TIPHOSUS.

Durante las dos primeras semanas de la tifcidea hay bacteremia manifiesta. En las últimas semanas de la enfermedad con dificultad se hallan los organismos patógenos en la sangre. Durante la fiebre, y aún mucho tiempo después de ella, se encuentra el bacilo en las heces, saliva y orinas de los que la están sufriendo, o la han sufrido yá.

ORINA: DESINFECCION. Para la desinfección de la orina del tifódico es buena práctica administrar al paciente, durante todo el curso de la enfermedad, cinco gramos, tres veces al día, de UROTROPINA.

ALCALOIDE DE LA PEONIA.

Holsted ha revelado una base alcaloidal en las semillas de l Peonia. Se presenta bajo la forma de un polvo amorfo amarillento, higroscópico y soluble en el agua. Goza de propiedades contráctiles y coagulantes. Por ello se le puede aplicar en la atonía intestinal, en la inercia uterina, y en las metrorragias, hemoptísis, y nefrorragias.

IN MEMORIAN

Dos son los hombres de valía que han pagado su tributo de disolución; L. Bouchardat y M. Blanchard. Ambos representaban el carácter de los hombres de investigación fina y exquísita; ambos representan al hombre de la época, verdaderos sabios. Tanto en documentación como en genio creador, el uno en la terapéutica, el otro en el campo de la parasitología, han marcado derroteros que la profesión ha seguido.

Marca esta breve oración de simpatía y respeto un profundo pesar en nuestros empeños cuando vemos ir desapareciendo los maestros, en visión macabra y tan rápida, que apenas nos da tiempo para darnos cuenta de lo doloroso que es perder tales hombres.

SOCIALES

El Dr. Jorge del Toro presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico embarcó para los Estados Unidos con el objeto de asistir a la asamblea general anual de la American Medical Association.

También ha embarcado para el Norte el Dr, Jacinto Avilés quien estará un mes para volver a hacerse cargo de su clientela.

Contraerán matrimonio muy pronto los Dres. Diego Biascoechea de San Juan y el Dr. Carreras de Fajardo.

Nos ha enviado una atenta tarjeta el Dr. José A. López Antongiorgi donde nos indica haber trasladado su residencia y abierto su consultorio en New York.

El Dr. R. R. Arnau nos participa haber revalidado su título en New York y nos ofrece su consultorio en dicha ciudad.

El Dr. J. Suárez ha trasladado su residencia y oficinas a New York donde permanecerá definitivamente

Volvemos a llamar la atención a los compañeros sobre el gran interés que han despertado los viernes médicos. Estas amenas sesiones se llevan a cabo en los salones de la Asociación Médica.

El Dr. Ramos Casellas salió para los Estados Unidos donde se especializará en la práctica de los rayos X.

NOTA ACLARATORIA

Las siembras, en agar glucosado, del líquido céfalo raquídeo de J. C., caso tercero de la serie del Instituto y a que se refiere el artículo «Concepto actual de las infécciones meningococcicas» que aparece en este número, desarrollaron el meningococo en cultivos puros aunque relativamente tardíos, por lo que se habían estimado negativos.

Una observación más detenidad de todos los cultivos en estudio demostró, después de haberse enviado a las cajas el artículo a que nos venimos refiriendo, el desarrollo de colonias típicas del organismo en cuestión.

Dr. Gutierrez Igaravidez.

NOTA ACLARATORIA

Ya en prensa nuestro periódico, recibimos el precioso artículo original del Dr. Salvador Giuliani que a continuación insertamos; nos hemos visto obligados a localizarlo en este sitio porque la compaginación estaba hecha cuando llegó a nuestras manos.

Recomendamos su lectura a todo médico que siga con interés el progreso médico en nuestra isla.

LA REDACCIÓN.

NOTAS PRELIMINARES ACERCA DEL GRANULOMA ULCERADO DE LOS ÓRGANOS GENITALES CONFERENCIA LEIDA ANTE LA ASOCIACIQN MÉDICA DE PUERTO RICO EN SUS ESIÓN CELEBRADA EL 4 DE ABRIL DE 1919, POR EL DR. SALVADOR GUILIANI, EX-PATÓLOGO DE LOS HOSPITALES MUNICIPALES DE SAN JUAN. EX-OFICIAL MÉDICO DEL EJÉRCITO DE LOS ESTADOS UNIDOS. PATÓLOGO DEL SERVICIO DE SANIDAD DE PUERTO RICO, etc.

El estudio de las ulceraciones crónicas de los países tropicales había atraído nuestra atención desde hace varios años, El descubrimiento por Leishman y Donovan del agente causal de las dolencias hoy conocidas con el nombre genérico de Leishmaniosis motivó, que en nuestros días de estudiante, (1904) nos dirigiéramos a estos ilustres investigadores solicitando de ellos muestras de material para estudio y fuimos complacidos, pudiendo de esta manera observar el piroplasma en los frottis que se nos enviaron.

Más tarde, mientras trabajábamos en el Laboratorio de los Hospitales Municipales de esta ciudad tuvimos oportunidad de observar ciertas ulceraciones rebeldes, pero cuya causa siempre permaneció indeterminada por nosotros.

Entre los enfermos que desfilaron por esas instituciones, varios eran portadores de lesiones en los órganos genitales y unas veces atribuíamos a la Sífilis, otras al Cáncer; pero, nunca las pudimos diagnosticar con entera satisfacción de ánimo. El tratamiento quirúrgico era el que gozaba de más aceptación, ya que el antisifilítico y los tópicos locales no eran satisfactorios.

Las leishmaniosis han sido debidamente investigadas en Puerto Rico, pero creo que aún no han sido geográficamente localizadas en este país.

Pero siguiendo esta línea de estudios cuando la oportunidad lo permitía, recibimos en el mes de febrero de este año, muestras de tejido y de jugo tisular procedentes de un hombre de color que sufría

de una ulceración crónica en la región perieneal (caso I). El Doctor Goodman nos remitió estas preparaciones para su diagnóstico. Teñimos algunos f ottis por el método de Leishman y aparecieron al examen microscópico unos cuerpos ovalados que a primera vista daban la impresión de grandes diplococos o bacilos gigantescos, por lo general englobados por las grandes células mononucleadas, aunque también dispersos por el campo iluminado. Ahora bien: siguiendo la descripción que P. Manson hace de unos organimos descritos por Donovan en lesiones análogas, y sumando la historia clínica que obtuvimos del caso junto con el aspecto morfológico, topográfico y tintoreo de estos organismos, emitimos la opinión de que se trataba del calymmato bacterium granulomatis, por primera vez observado en Puerto Rico, aunque bien estudiado en diversas partes entre ellas, el Instituto de Osvaldo Cruz en Brazil por Vianna y Aragao. Estos organismos ya han motivado numerosas comunicaciones en muchos centros y publicaciones científicas.

En estos últimos días, el Dr. J. N. Carbonell, de esta ciudad, nos invitó a que obtuviéramos muestras de una lesión ulcerada, en los órganos genitales de una asilada de 17 años de edad, en la Penitenciaría de esta ciudad. Casi al mismo tiempo el Dr. Goodman nos interesó en este nuevo caso, clínicamente diagnosticado de Granuloma ulcerado de los Órganos Genitales.

Personalmente y ayudados por otros facultativos, logramos muestras en sitio de elección, hicimos frottis; incluímos para el microtomo trozos de tejido, y con jugo de esta neoplasia practicamos siembras en medios apropiados.

En los frottis demostramos por segunda vez el Calymmato Bacterium Granulomatis, que ahora ocurría en corto número; pero el resultado de las siembras será motivo de una nueva comunicación a la Asociación Médica.

Esta noche presentamos fotografías de los frottis y tejidos que, por primera vez revelaron estos organismos en Puerto Rico. También hay placas de un caso análogo, a primera vista, y también informada por el Dr. Goodman en cuanto a sus manifestaciones clínicas, pero que los frottis examinados por el Dr. Cutiérrez y nosotros, en el Instituto de Medicina Tropical e Higiene revelaron gran número de espiroquetas, pero no los cuerpos a que nos referimos.

Como resultado preliminar de nuestras investigaciones diremos que:

Los cuerpos encontrados responden a los caracteres diferenciales del Calymmato Bacterium Granulomatis.

Los exámenes histológicos practicados por nosotros no permiten, a nuestro juicio, establecer ninguna diferencia histológica definida

que alije las neoplasias y las ulceraciones crónicas, en general, del cuadro del diagnóstico diferencial, salvo la presencia de estos interesantes organismos.

Creemos haber llamado la atención en Puerto Rico acerca de la dolencia conocida con el nombre de Granuloma Ulcerado de los Órganos Genitales y cuyas manifestaciones clínicas acaban de ser expuestas por el Dr. Goodman ante esta Asamblea.

El estudio bacteriológico efectuado con el caso núm. II será motivo de una comunicación posterior; (1)

Si logramos por medio de esta conferencia solicitar de nuestros compañeros su concurso en las investigaciones de estos problemas de Patología Tropical, hubiéramos, por lo menos, atenuado un error de diagnóstico, en las afecciones ulceradas de los órganos genitales; haciendo ingresar en el cuadro nosológico de esta región el granuloma ulcerado y esto de por sí acarrea algún beneficio para los que lo padecen.

He dicho.

ERRORES DE DIAGNÓSTICO.

Por el Dr. Martínez Alvarez.

Empezaremos a decir bajo este epígrafe aunque no sea el más apropiado. que el médico debe de ser, además de médico, sociólogo. El desconocimiento. olvido, o ignorancia de este principio natural, hace que el fracaso doble, ya profesional o científico, o ya pecuniario, se muestran al principiante débil de espíritu y al viejo decepcionado, prematuramente. Desconocer o ignorar el estado de ánimo en que esté nuestro enfermo es ir al fracaso. Algunos ejemplos nos servirán para dar fuerzas a lo enunciado.

No. 1.—Error craso —Precipitación. Un día fuí llamado a asistir a una señora demente que escandalizaba el vecindario; como es natural, asistí al sitio y tan pronto franqueé el umbral de la casa, me senté frente a la señora y empecé un interrogatorio ridículo; al tenor siguiente: ¿Qué edad tiene usted? ¿Cómo se llama? Naturalmente los familiares me interrumpieron diciéndome que estaba loca, pero antes de darme cuenta y súbitamente me lanzó una bofetada tan tremenda que hube de saltar de la silla. Esto lo clasifico como error por precipitación.

No. 2.—Error por falta de medios.—Cuando se encuentre uno

(1) Nos adelantaremos hoy diciendo que a nuestro juicio recuperamos en cultivo casi puro el mismo organismo que pudimos observar en las películas sobre porta-objetos. (Sesión del 11 de Abril 1919.)

en un caso y en una casa donde no haya nada preparado y como suele suceder en Puerto Rico, el médico anda desprovisto de materiales de ayuda; no se debe hacer alarde de acción, ordenando cosas ridículas y que están en la conciencia de uno de que no harán nada; con el solo objeto de impresionar a la familia que casi siempre es ignorante.

El caso es este:—Una hemoptisis fuerte, casi terminal, por pérdida de sangre; mientras se prescribía el suero de caballo, dí orden a la familia para calentar agua, (el enfermo estaba en buen calor) apresurando a una pobre vieja y llevándome por delante una silla; alrededor del enfermo había como veinte personas y por no disgustarlos no los eché fuera y sin embargo la posición del enfermo era asaz muy incómoda; en vez de no hablar al enfermo empezé preguntándole a estilo universitario y con la fanfarria del colegio unas cuantas sandeces. ¿Todo para qué? Para ocultar nuestra ignorancia y falta de medios con que combatir el mal. No sería más científico arrostrar la impopularidad y el descrédito, diciendo a la familia la verdad y no haciendo cosas inútiles y ridículas para la conciencia profesional?

No. 3.—Error por falta de experiencia.—Estos errores ocurren en los jóvenes como en los viejos; en los primeros, por falta de práctica; en los segundos, por falta de estudio, no queriendo seguir la marcha progresiva de los adelantos.

Empezaba a practicar cuando me llamaron a asistir un caso de parto. Después de exagerar las ceremonias de asepsia, examiné a la paciente, le ví una vulva de primípara pequeña y seguí examinándola para encontrarme con el caput succedaneum. La cabeza del feto me pareció enorme y la vulva tan estrecha que me asaltó la idea de una intervención, sin acordarme de que el cuello no estaba completamente dilatado; la que era primípara y que no era oportuno, no estaba indicada en tal intervención La familia se asustó; me dijeron que me avisarían, y llamaron a otro médico, quien optó con mas sentido práctico, aguardar, A las 12 horas me comunicaron que había parido muy bien la señora.

Pages 57-96 missing

Las estadísticas acerca de esta condición hablan elocuentemente y dejan ver de modo claro que el conjunto de propiedades distintivas del hombre depende en mucho de la normalidad de su organismo. La psicobiología explica muchos problemas sociales, y por lo tanto los conocimientos de biología que posée el médico, ciencia básica para estudiar su resolución, le capacitan para intervenir en darles solución ajustada. Salta a la vista que siendo los fines para que existe la sociedad asegurar y perfeccionar por la normalidad de sus funciones la prosperidad del agregado, la creación de una personalidad humana sana, es materia capital para la realización de tales fines; y tampoco se puede ocultar que a éste propósito ha de concurrir el médico, por razón de que el ejercicio profesional le ofrece repetidas ocasiones para conocer las vidas más o menos accidentadas de las familias a quienes asiste, para ponerse en contacto con las miserias humanas, para presenciar escenas emocionantes, para visitar centros en donde puede observar de cerca muchas llagas sociales, en una palabra para discernir en la urdimbre social los hilos que la debilitan. Llegará un día en que se reconozca por mayoría absoluta lo que ya es un postulado para no escaso número de pensadores; y es, que no existe motivo más importante, deber más serio que cumplir para la administración pública, que la promoción y mantenimiento de la salud de los ciudadanos. En las comunidades cuyas organizaciones se van aproximando a un tipo mayor de excelencia, se reconoce el verdadero valor de la unidad humana, se justiprecia el coste, para que esta se convierta en un miembro útil de ellas y se estima altamente todo lo que importa conservarle la vida, y la integridad de sus facultades, por el cuidado de la salud, sin la cual el goce de la felicidad es incierto. Del hombre sano se puede esperar que se mantenga animoso, sereno, varonil, que sea tenaz, perceptivo y que pueda desarrollar las energías de distinto orden que le integran; sabido esto, es manifiesta una de las maneras y forma como el médico puede influir en la organización social, es a saber, indicando la pauta a seguir para evitar que se produzcan tipos de valor corporal y mental inferiores; su actuación por este solo concepto, es de un interés capital indiscutible.

Sería muy extenso si detallara todas las consecuencias de las armónicas relaciones, hoy reconocidas entre la Medicina y los organismos políticos, referentes a asuntos de orden físico, moral, e intelectual que afectan a la vida social, sólo insistiré en que además de tratar enfermos, tiene el médico necesidad de intervenir en asuntos que le dan caracter de educador, de filántropo, de moralista, de sociólogo, en fin, como conocedor de las debilidades físicas y morales, de los deseos, necesidades, penas y secretos que amargan la vida, así como de la ignorancia, prejuicios, in-

tereses creados y egoismos que ponen obstáculo a toda obra de reivindicación; y ésta es una misión delicada que demanda, no debemos olvidarlo, ciencia y estudio continuo, voluntad firme y mucho tacto, si el médico ha de merecer el respeto público y servir los intereses de la sociedad en que vive.

Desde antes de nacer el niño, luego de nacido, más adelante cuando se educa, después que llega a la adolescencia y una vez hombre adulto, obrero o profesional, hombre civil o militar, considerado aisladamente o en la sociedad de que forma parte, encuentra en todas las avenidas de la vida tropiezos que, para evitarlos y para corregir sus consecuencias, se necesita de los servicios médicos; y así también la sociedad, que al desenvolverse a travez de las edades ha encontrado, entre otros, estorbos de órden biológico, ha tenido que emplear las mejores armas de que dispone el arsenal médico, para oponerse a una parte de los males que vienen asolando a la humanidad desde sus primeros intentos de organización.

Entre todas las ramas de la Medicina, la higiene es la que pone al médico en relación más directa con la vida social; el desarrollo que últimamente ha alcanzado la ciencia de conservar la salud ha extendido considerablemente el papel de la profesión médica en el gobierno de los pueblos. Esta importancia aumentará con cada conquista hecha en el mejoramiento físico del hombre, condición que tendrá su correspondencia en el mejoramiento moral, pues como ha dicho una ilustre escritora, Federica Bremmer, citada por el Barón E. de Feuchtersleben en su notable obra "La Higiene de Alma"; "La materia sostiene el espíritu y éste a la materia, y sólo así puede vivir el hombre". Este enlace entre la materia y el espíritu, explica cuanto interesa a la sociedad el estado fisiológico de sus miembros, puesto que ésta no es una simple conglomeración de individuos independientes, sinó que constituye un ser real en el que las existencias individuales se influyen también mutuamente. De aquí que el médico encargado de cuidar de la salud de cada individualidad para que llene moralmente sus funciones propias, tenga una parte efectiva en la modalidad que asuma la vida colectiva.

Los argumentos más irrebatibles que el proletariado tiene para reclamar una reforma social, se los ha proporcionado la ciencia médica, demostrando las malas consecuencias de una alimentación insuficiente, de una habitación antihigiénica, los peligros inherentes a ciertas industrias y las inconveniencias del trabajo sin limitaciones razonables de horas y para los niños y las mujeres.

Es la misma ciencia la que le dice al rico, al de mediana fortuna y al pobre como han de vivir una vida saludable, y es ella la que, apo-

yándose en la experiencia clínica provee razones que justifican las campañas antialcohólica, antisifilítica, antituberculosa y sirven de base a las sociedades benéficas protectoras de la infancia, de la mujer y otras cuyo fin último es el bien común.

Las acciones recíprocas entre la organización y la personalidad social se traducen en el desenvolvimiento de las buenas o malas cualidades de cada uno de dichos factores; el esfuerzo pues de crear una raza de hombres aptos, es ayuda prestada a la buena consitución de una sociedad política. Un sociólogo distinguido, Mr. Giddings dice que "la vida mental, es, en cierto sentido, una función de la vida física y está condicionada por ella; que las ideas y actividades morales son una parte diferenciada de la vida mental y que las ideas y actividades sociales son una parte diferenciada del fenómeno moral". El cuidado, pues, de mantener la normalidad de la vida física es fundamental, de trascendencia suma y señala al médico como el obrero más incumbente en la obra social.

Esta no es producto de ningún modificador sociológico exclusivo, sinó de la armónica combinación de las diversas fuerzas socializadoras.

La educación misma con todo el vigor de su virtualidad fracasa allí donde el educando es un defectivo mental, "quod natura non dat, Salamanca non prestat," dijo hace tiempo alguien con una intuición científica sorprendente: cualquier elemento que se desatienda en la constitución social puede ocasionar su fracaso, y sabido es que ellos son numerosos. El problema de la debilidad mental es uno de los más árduos para la sociedad porque la amenaza de muerte, toda vez que la parte de la población que es mentalmente anormal compromete la vitalidad del agregado. Mr. Goddard, de la Escuela de Instrucción Práctica de Vineland. N. J., ha dicho acerca de los débiles mentales: "Estos son personas a las cuales no se les puede enseñar a vivir convenientemente, y a causa de su ignorancia de las cosas que no tienen capacidad para aprender, propagan las enfermedades por medio de sus personas y de las condiciones de suciedad que les rodean. Ellos son por lo tanto, una amenaza para la salud pública tanto como para la moral".

En la estática y en la dinámica social se ofrecen muchos órganos que estudiar, y sin pretender que la intevención de los médicos en la marcha de una colectividad sea absoluta, no es dudoso que ellos puedan suministrar muchos datos que afectan al destino social de los pueblos; y en relación con el punto que acabamos de tocar, todos los casos de obtusidad sensorial, de deficeencias cognoscitivas dependientes de defectos físicos, están bajo su esfera de acción.

Precaver el nacimiento de tipos degenerados, que perturben el ór-

den social es función de trascendencia tal, que ningún otro servicio más valioso puede prestársele a una sociedad; y desde este punto de vista la profesión médica constituye una entidad social no superada por otra alguna en importancia.

De igual modo que estas deficencias mentales de origen, las enfermedades adquiridas, ya recaigan en personas de vida ordenada, ya sean consecuencia del libertinaje, no deben ser consideradas como un simple fenómeno vital, pues que vemos tienen una gran significación social, toda vez que ciertos estados físicos anormales suscitan deseos enfermizos, desproporcionados, inclinaciones a escoger las formas más bajas de placer que, satisfechas, constituyen la primera de las fuentes de la patología social; la relación entre los elementos sociales y la patología es un hecho demostrado. Con razón dicen A. W. Small y S. E. Vincent en su Introducción al Estudio de la Sociedad: "Puesto que la Sociedad es un compuesto de tierra (riqueza) y de población combinados en ciertas relaciones e incumbentes en ciertas actividades, síguese de ello que las condiciones anormales de ambos elementos deben afectar a la estructura social y a sus funciones."

Testimonio elocuente de que la parte esencial de la profesión médica no fué por mucho tiempo exclusivamente el empeño curativo de las enfermedades, lo dan los filósofos y legisladores que, como Moisés, Licurgo, Pitágoras, Aristóteles, Platón, Plutarco y mil otros estaban versados en la Medicina y utilizaron estos conocimientos para aplicarlos a la vida social. En los tiempos modernos la Higiene Pública es una de las bases de legislación política en cuanto esta tiende a procurar él bienestar individual y colectivo; y en la Medicina Legal se afirma la justicia humana para apreciar la responsabilidad y aplicar las leyes colectivas de un modo ajustado a la razón; y esta es parte de la contribución que la Medicina paga al agregado social; ayudar a que las relaciones que necesariamente se establecen entre el Gobierno y el pueblo, tengan la solidez que sólo pueden darle la salud física y moral de los elementos constitutivos del cuerpo político.

Un autor cuyas obras estudié hace tiempo, pero que vuelvo a leer a menudo porque siempre hallo en ellas ideas que no son rancias en la época actual, merece ser citado a propósito del tema que vengo desarrollando. Me refiero al higienista español Dr. Monlau, el cual, con un criterio ajustado a la más estricta lógica, se expresa así: "El Gobierno (cualquiera que sea su forma) es siempre una institución esencial y expresamente creada para proporcionar seguridad, libertad, comodidad y salud a todos sus gobernados.

La cabal salud importa como anexos inseparables la seguridad, la

libertad y la comodidad, cuyos grados se pueden determinar por el estado higiénico del pueblo, así como, por la paz, libertad y bienestar se determina la índole de las condiciones higiénicas a que está sometido.

Alta e incuestionable importancia tendrá para todo hombre reflexivo el arte cuyas reglas se proponen conservar y robustecer la salud de los pueblos, prolongar y amenizar la vida, dirigir y perfeccionar la civilización así bajo el aspecto industrial como moral.

La higiene pública viene a ejercer en la sociedad la misma influencia que el poder legislativo y que la Administración. Un curso de higiene pública no es en rigor más que un vasto y minucioso programa de sabia administración y buen gobierno y si la higiene privada es la virtud constituyente con sus preceptos la felicidad individual y doméstica, la higiene pública es la salud y la moral universal, tendiendo a crear la felicidad de los pueblos. Las sociedades humanas son vastas enfermerías exclamó con dolor un célebre publicista, y otro publeista contemporáneo dice que el arte de gobernar no es más, como la Medicina, sino el arte de conservar a los hombres."

¿Podríamos añadir hoy mucho a estos conceptos acerca del valor social de la Higiene?

Estamos atravesando un período de gran inestabilidad, que afecta a todas las cosas; dijérase que el mundo está sufriendo una de las formas de neurosis semejante a la histero-epilepsia; la rapidez de los cambios, la multiplicidad de eventos, la inquietud mental predominante, la incertidumbre, la expectación que reina; todo indica que la sociedad está enferma y que se necesita curarla para volverla a la normalidad.

Una estructura nueva se impone y ella ha de tener por fundamento el estudio de todas aquellas causas que han hecho del hombre actual un ser que no ha sabido aún crearse un medio social en el que los principios de organización y la conducta de los asociados armonicen; pero esto es transitorio, pasarán más o menos años y al fin llegará una época en la que se constituirá una nueva sociedad completamente innovada, y ésta innovación feliz será operada con la cooperación de los médicos que conceptúen la profesión elevadamente y como una de las más prolíficas en bienes.

Yo creo como el Dr. Courgey, d'Ivry, que el médico debe interesarse por todo lo que se refiera a la vida social, a las obras sociales de educación, de instrucción, de beneficencia, de mutualidad y de previsión y con él repetiré para concluir:

"El progreso de la higiene social, llevará consigo una vida sana, y una alimentación perfecta.

Los estragos de la bebida, vicio tentador y mortífero, se observarán excepcionalmente.

El alcoholismo y la avariosis desaparecerán y la raza degenerada se volverá vigorosa, fuerte, numerosa.

La tuberculosis, consecuencia del alcoholismo, de la avariosis, y de la miseria, no formarán más que un reducido capítulo en la historia de la medicina; el cual hoy día es tan numeroso.

Las viviendas sanas y baratas desterrarán por completo las bohardillas.

Los lugares espaciosos, los árboles, los jardines y el aire puro reinarán en las ciudades.

Las aglomeraciones humanas serán disminuídas, dispersadas, y se comunicarán las ciudades, los talleres, los campos y las fábricas por medio de comunicaciones fáciles, rápidas, cómodas, y económicas.

Los campos conservarán sus habitantes, y la agricultura sus brazos.

Las máquinas, de día en día más perfeccionadas, reemplazarán los trabajos manuales, evitando el excesivo trabajo y los accidentes.

La educación moral del pueblo habiendo alcanzado el máximum de su desarrollo, se la hará apta para desarrollar las ideas de altruismo, de Solidaridad de Fraternidad, unirá a los hombres y les facilitará el camino del perfeccionamiento; cada uno conociéndose a sí mismo sabrá cumplir la misión de sus deberes y perseguirá un ideal social común y bienhechor.

Obtendremos la suprema solución cuyo mutualismo actual es el comienzo de una sociedad bien equilibrada, compuesta de ciudadanos que guardarán cada uno su responsabilidad, su valor, y sus aptitudes, pero que reconocerán sus deberes recíprocos, y al no desanimarse por ningún sacrificio personal, conseguirán últimamente hacer desaparecer la misería humana.

No participaremos de otra libertad que la del bien público.

Nuestras leyes sociales referentes a la vejez y a los inválidos innovadas ventajosamente, evitarán los innumerables desastres que sufre esta clase de desheredados.

La ley del amor que existirá siempre para el bien del hombre y la propagación de la raza, aunque es imposible reglamentarla perfectamente, sufrirá algunas contrariedades y desvíos seguidos de sus inevitables consecuencias, pero entonces no será recriminada como una ley vergonzosa.

Las ideas morales y sociales corregidas, la conciencia de los deberes cumplidos, y la regularidad y unión de los hogares, disminuirán conside-

rablemente y terminarán por hacer desaparecer el infinito número de niños ilegítimos y abandonados.

Las solteras madres, cada vez más raras, serán protegidas, y sus hijos severamente vigilados y ayudados por todos, serán respetados.

Las mujeres, las madres, no yendo al taller, no se matarán trabajando por un salario ínfimo. Permanecerán en sus casas, al cuidado de sus hijos desempeñando los deberes domésticos y las obligaciones que requieren sus maridos a los cuales sabrán guardar a su lado".

¿Verdad que éste es un cuadro ideal de reforma social admirablemente esbozado?

Pues bien, esa obra magistral, dice el autor, la habrán llevado a cabo en su mayoría los médicos, enemigos acérrimos e incansables del mal, los médicos, los mayores bienhechores de la humanidad.

La carta programa que dirige a su nieto el autor de los *Tableaux Médicaux* no tiene una sola línea en la que no brille la nota de amor a la humanidad y el anhelo de las reformas que pide la sociedad moderna, por eso os la he expuesto, en parte.

He procurado evocar ante vosotros la importancia del factor biológico en varios de los órdenes de la actividad pública, y como consecuencia el importante papel de la profesión médica en la vida social de los pueblos. No es una utopía llegar a crear una población en la que predomine el tipo de hombre sano, física y moralmente, apto y útil para el trabajo, y cumplidor fiel del deber, morigerado en sus costumbres, con un elevado concepto de su ciudadanía; ni es injustificado afirmar que a conseguirlo, ha de contribuir la observancia de los preceptos de la higiene privada y pública y por consiguiente los médicos.

El concurso de la profesión médica para realizar un plan de civilización en el que brille una conciencia pública moralizada, fundamentada sobre la acrisolada rectitud de ciudadanos procreados por elementos germinales vectores de caracteres normales, y desenvueltos en un medio euténico, es lo que le dá el carácter de entidad social indispensable, a nuestra profesión; y es este carácter el que nos obliga como médicos a hacerla respetable por el estudio y por la dignificación de nuestra vida privada y pública.

"Estar sano, ser bueno e instruido, son los mayores bienes que puede tener el hombre.

Cuando todo un pueblo reune estas condiciones, este pueblo es invencible y ocupa un lugar preferente en la humanidad."

Estas palabras del Dr. Miguel Frallero, de Barcelona, señalan de modo conciso el papel social del médico, que es contribuir con sus conocimientos a sostener el derecho a la vida, por la vigilancia de la salud, sin lo cual estaría comprometida hasta la misma vida del Derecho, y al propio tiempo nos indican el camino que hemos de seguir como pueblo si queremos que Puerto Rico sea "invencible y ocupe un lugar preferente en la humanidad".

He dicho.

OBSERVACIONES CLINICAS ACERCA DE LA INFLUENA (1)

Dr. M Quevedo Baez

Las observaciones clínicas acerca de la *"Influenza"*, que presentamos a la discreta y alta consideración de esta Asamblea Médica, no tienen el solo interés de peculiaridades y características recogidas, como fruto de nuestra experiencia en la epidemia que azotó nuestra Isla, en dos épocas recientes, sinó el de apreciaciones y puntos de vista nuestros acerca de las enfermedades epidémicas. Presentadas así, a la luz de ese modesto criterio, endosadas van a los doctos compañeros; a los sabios maestros que, en comunidad de interés científico y de labor por el engrandecimiento de nuestra profesión, vienen y se sientan a tomar parte en las deliberaciones de esta solemnidad académica.

Van estas observaciones a referirse, en algunos puntos, a los contactos, a las interferencias que pudieran tener la *"influenza"* y los casos erráticos, que se presentaron (a la sazón en que ésta tomaba cuerpo) de la enfermedad llamada *"Dengue"*.

Sentamos el principio, que toda enfermedad es antes anatómica que funcional, porque, antes es lesión y perturbación fisiológica después.

En orden de prioridad está el campo de cultivo; después el agente que en él se siembra y prende, evolucionando en harmonía con las condiciones que el tejido o el órgano le ofrecen y según la mayor o menor energía potencial de virulencia por parte de dicho agente.

(1) Trabajo leído ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de P. R., Diciembre 20, 1919.

SUMARIO



Principios Fundamentales de Nuestra Casa

1. LA INVESTIGACIÓN

LA casa de Parke, Davis & Cía. tiene cincuenta y dos años de fundada, y hace al caso inquirir qué principios la han guiado durante este largo período de servicio a la profesión médica.

Con visión profética los señores Parke y Davis comprendieron desde el comienzo que para que la empresa llegara a ser grande alguna vez era preciso que representase ciertas ideas fundamentales, que debía dar al mundo algo que hasta entonces no hubiese éste poseído.

¿Cuáles fueron las ideas fundamentales que vino a representar la Casa? ¡Una de ellas fué el trabajo de investigación!

Mucho antes que pudiera realizarlo gastó miles de miles de dólares en trabajos originales de in- investigación. En los primeros tiempos, por ejemplo, cuando la materia médica vegetal desempeñaba mayor papel que ahora, fuímos nosotros quienes pusimos muchas plantas medicinales a disposición de los médicos. Veinte y una de estas drogas llegaron a ser incorporadas en el Formulario Nacional y la Farmacopea de los Estados Unidos.

Más adelante, en la evolución regular de la materia médica, se emprendieron trabajos originales en el campo de la investigación química y bioquímica, resultado de lo cual fué el descubrimiento de considerable número de agentes medicinales que probaron ser de valor evidente al facultativo. Entre muchos de estos productos apenas necesitamos mencionar la Adrenalina, la Pituitrina y la Apotesina para dar idea de la importancia de la labor realizada.

Los últimos veinte y cinco años se han consagrado especialmente al campo de la terapia biológica y glandular. En efecto, allá en 1894 establecimos un laboratorio de sueros antitóxicos, y desde aquel tiempo hemos educado un personal de investigadores no igualado por organización comercial alguna, y quizá no superado en el terreno de la investigación científica por ninguna otra empresa.

No es nuestro objeto enumerar los nuevos productos vegetales, químicos, biológicos y glandulares que hemos presentado de tiempo en tiempo a la profesión médica. Nuestro objeto es indicar meramente el papel que hemos desempeñado en el desarrollo de la materia médica durante los últimos veinte y cinco años.

Muy desde el principio nos dedicamos a la investigación original, y no siempre ha sido su objeto la producción de artículos vendibles. Con frecuencia hemos gastado grandes sumas en investigaciones rigurosas que con toda probabilidad nunca conducirán a ventaja comercial alguna, sino que fueron emprendidas con el deseo primario de ser útiles a la profesión médica y a la humanidad.

PARKE, DAVIS & COMPAÑÍA

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

PUBLICADO TRIMESTRALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XIII DICIEMBRE 1919. NUMERO 125

[redacted]

APERTURA DE LA ASAMBLEA ANUAL (1)
SESION CIENTIFICA

Dr Jorge del Toro, San Juan, P. R.

Señoras, señores y miembros de la Asociación:

Usando del privilegio que me confieren los estatutos de esta Asociación, y dándome buena cuenta del honor que me fué otorgado en la asamblea última al ser nombrado presidente, tengo el placer de declarar abierta la Sesión Científica de la Asamblea Anual de 1919, en la que es de esperarse que de los labios de nuestros más esclarecidos miembros oigamos las comunicaciones nuevas e interesantes que siempre se oyen en estas sesiones.

La Asamblea de 1919, corresponde a la décima octava asamblea anual. Esta sesión científica es la duodécima quinta que celebra la Asociación. Esta tarde se inauguró el octavo meeting de la Cámara de Delegados.

Para la iniciación de este meeting, he pensado que el mejor culto que podríamos rendir a esta Asociación era recordar algo de su historia aunque fuera a grandes rasgos, y de los libros de actas he tomado los siguienes datos que indudablemente serán gratos recordar.

Fué constituida esta Asociación en el mes de Septiembre del año 1902 por un grupo de profesionales progresistas de los cuales algunos hay presentes esta noche en este meeting. La primera asamblea anual tuvo efecto en ese mismo año, y ya el 8 de Diciembre de 1903 se celebró la primera sesión científica. Desde ese día, en las asambleas científicas de la Asociación se ha dado cuenta de todo lo nuevo y de interés científico que ha producido nuestra clase médica.

Muy pronto después de organizada la Asociación, empezó a publi-

[1] Discurso de apertura de la Asamblea Anual de la Asociación Médica de P. R. Diciembre 20, 1919.

car su órgano oficial titulado "Boletin de la Asociación Médica de Puerto Rico," el cual se ha logrado mantener hasta el presente. El contiene casi todo lo escrito en la ciencia médica de nuestra Isla durante ese período de tiempo, y bastantes de los trabajos en él publicados han sido tomados en cuenta en periódicos y libros del extranjero.

Las primeras comunicaciones sobre la uncinariasis, bilharzia, sprue, y granuloma ulcerado han sido hechas ante esta Asociación. Así mismo año tras año han venido a ella todos los progresos hechos en Puerto Rico en la medicina y en la cirugía y sus especialidades.

Aparte del interés científico, la Asociación nunca ha descansado en su empeño por el mejoramiento médico, social e higiénico de Puerto Rico Ha proyectado leyes sobre hospitales, juntas de sanidad, cuestiones sanitarias, ley de higiene y salud pública y sobre creación del instituto biológico. Ha intervenido en los asuntos de la práctica por contratas y otros asuntos relativos al ejercicio de la medicina. Ideó y llegó a organizar el fondo de protección médica, y siempre que ha podido ha ayudado a los familiares de los médicos necesitados. Dió el alerta sobre la presencia del tracoma en la Isla, y al invadirnos la peste bubónica se reunió y tomó las resoluciones y acuerdos que convenían al público y a la clase médica. Por medio de conferencias públicas ha llevado al pueblo aquellos conocimientos de higiene que más le interesan En 1912 pasó un mensaje a la Legislatura de Puerto Rico en donde se proponían medidas para ayudar a los tuberculosos, para mejorar el estado de los leprosos, y para la continuación de la campaña contra la uncinariasis. Se pidió entonces, y se ha insistido luego y se han propuesto los medios para el establecimiento de los "coroners" o médicos forences. Su comité de Legislación y Policía ha estado siempre alerta, y en varias ocasiones sus gestiones han sido de gran utilidad para la profesión. Ha luchado porque los médicos que vengan a ejercer a Puerto Rico estén instruidos en los problemas de nuestra medicina regional.

Desde el principio del año 1912, la Asociación mantiene su oficina y local de reuniones.

En Diciembre de 1912 se adoptó el reglamento vigente y se organizó de nuevo la Asociación. Según esta organización, la unidad es la sociedad de distrito, éstas reunidas forman la asociación del estado, que unidas a las asociaciones de los demás estados componen la Asociación Médica Americana. Esta constitución creó el organismo denominado Cámara de Delegados, compuesto por los representantes de las sociedades de los distritos Norte y Sur en que está dividida la Isla de acuerdo con las mayores facilidades de comunicación a dos puntos céntricos, San Juan y Ponce. Desde entonces el trabajo se ha hecho más práctico,

Pages 91-92 missing

más rápido y de mejores resultados, porque en las asambleas están completamente separadas las sesiones científicas y las de la Cámara. Los negocios de la ciencia.

En junio de 1913, esta Asociación fué admitida a formar parte de la Asociación Médica Americana, igualándonos así en condición de derechos a cualquier estado de la Unión Americana.

En 27 de octubre de 1914, la Asociación fué incorporada e inscrita en la oficina del Secretario de P. R. de acuerdo con la Ley de 9 de marzo de 1911.

Al entrar los Estados Unidos en la Guerra Mundial, la Asociación estuvo en pié y decididamente prestó toda la ayuda y cooperación que eran del caso.

Resultaría demasiado largo enumerar detalladamente todas las actuaciones de esta Asociación, porque han sido muchas; su trabajo ha sido siempre en silencio porque su política ha sido dar publicidad a sus funciones entendiendo siempre que estas son cosas propias de las cuales es deber de sus asociados darse cuenta; pero me he permitido desviarme de ese proceder esta noche, porque parece entenderse que el silencio es prueba de la inacción.

LA PROFESION MEDICA COMO ENTIDAD SOCIAL [1]

Dr. F. del Valle Atiles. San Juan. P. R.

Señores:

Celebramos en este día la Asamblea Anual de la Asociación Médica Portorriqueña, y para este acto hemos obtenido la benévola y valiosa cooperación de una de nuestras más justamente reputadas ilustraciones, el Hon. Juez de la Corte Suprema, Lcdo. Don Emilio del Toro, quién se ha dignado traernos con su verbo elocuente y conceptuoso, el brillo, ornamento y enseñanza de sus prestigios, dándole así mayor lucinamiento a esta reunión reglamentaria de la Asociación que, inspirándose en el deseo de ser útil, y obediente a la propensión al altruismo propio de la clase médica, convoca a sus representantes para mejor servir a los intereses de la comunidad y concurrir, armada con los mejores conocimientos científicos, a la realización de los fines para que la sociedad existe.

Me ha tocado en el programa de esta festividad el honor de tratar un tema no superado en interés por otro alguno, considerándolo desde el punto de vista del nexo que relaciona a la Medicina con el bienestar colectivo. Aunque no todo el mundo se da cuenta de cuán extensamente puede influir el médico en la vida social, no por ello es menos grande y efectiva la porción contributaria con que él concurre a moldear la característica de la comunidad. Es el médico quién, esforzándose en mejorar a los miembros individuales de ésta, elevando el grado de vigor corporal de cada uno, encauzando la producción de hombres físicamente normales, procura el aumento de seres humanos conscientes de su racionalidad y dotados de aptitudes para realizar el esfuerzo que demande la evolución social. No es sólo la asistencia de enfermos la noble misión del médico, su campo de acción es mucho más vasto, cuando, consciente de la nobleza de la profesión, la ejerce como un apostolado del cual se irradian benéficos influjos que afectan a todas y a cada una de las múltiples y variadas actividades de la vida social.

La respetabilidad de la carrera médica demanda de parte de los que la profesan, antes de todo, que estos se formen un concepto elevado de su ministerio. Su natural influencia sobre el pueblo se extiende hasta la política misma, y pide que procedan en todos sus actos con el decoro y la discreción propia de las inteligencias críticas, alerta para

[1] Discurso leído ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de P. R. Diciembre 20, 1919.

no difamar con actos indignos la profesión y cuidadosos para no fundar reglas sino sobre los hechos de certeza evidente que valoran el progreso real de la Medicina. Sólo una percepción clara, un razonamiento solícito, y el sentido común, pueden llevarnos a formar juicios rectos, lo mismo en Medicina que en las demás ciencias, y a evitar descréditos profesionales.

Sería una falta de sindéresis, comprometer la colaboración médica en la obra de reorganización social, el pretender que un Gobierno alterase radicalmente, sin antes preparar a la masa popular, la manera de vivir a que ha estado acostumbrada por largo tiempo una colectividad. Sin duda la voz del derecho, de la razón, de la utilidad en favor del cambio justifican ciertas medidas que las ideas reinantes, los hábitos y los intereses creados objetan; pero, sin menoscabar la libertad individual, ni la pública, sin colocar en una posición difícil al Gobierno, usando un poco de tacto y mucha ciencia, pueden los médicos influir en que éste cumpla de un modo efectivo con la obligación de proteger a la comunidad contra la inconsideración, la ignorancia y las extravagancias, que la lógica y la justicia requieren de consuno que sean combatidas.

No cabe intentar reformas sustanciales en la organización social prescindiendo de los representantes de la Ciencia Médica, el contingente de conocimientos que ellos pueden aportar, el caudal de experiencia que adquieren en la práctica, les dan cierta preeminencia para intervenir en no pocos asuntos relacionados con la vida política, intelectual, económica y moral de la sociedad en general, así como en la jurídica. Ya el gran Hipócrates tuvo la conciencia del genio de la profesión cuando dijo: "El médico que no es infinitamente instruido, engaña a los demás hombres y se hace traición a sí mismo". Se vé que el padre de la Medicina se dió exacta cuenta de la inevitable intervención que en el comercio de la vida, ha de aportar el médico, quién, compelido a cultivar la Etiología como una de las bases de sus éxitos, a fuerza de estudiar las influencias meteóricas, climatológicas, estacionales, de raza, hereditarias, alimenticias, educativas, sexuales, de edad, de los vicios, adquiere la pericia que justiprecian su asistenca en robustecer a las distintas ramas componentes del árbol social.

Refiriéndonos a la vida política de los pueblos, hay que reconocer que se halla influida por su dinámica; el estudio de la dinamogénesis humana es guia que conduce a pautar el modo de crear la unidad específica hombre más conveniente, el ciudadano ideal, desde el punto de vista de los intereses sociales. La máquina humana, individual o social como cualquiera otra, no puede desarrollar energía y fuerza, sin que cada una de las partes constitutivas de ella esté en condiciones de llenar sus funciones; de aquí que el médico, actuando en el campo de la salud

privada y pública, ejerza una vital intervención cuando instruye en los cuidados prenatales, en la higiene preescolar, en la escolar, en como vivir la vida adulta, y en todo lo que sirve para constituir una ventajosa organización sanitaria. Su labor protectora a favor del niño tiende a evitarle los daños que pudieran invalidarle para la vida adulta. Su personal atención para mejorar las condiciones de vida de la clase proletaria, le convierten en uno de los adalides de la reforma económica, y tiene por finalidad, si no única, principal, combatir la depauperación de una numerosa clase social, con todas las consecuencias del empobrecimiento orgánico. Sus provisiones contra los vicios se dirigen a destruir una de las causas más evidentes de la degeneración de la raza, y sus secuelas terríficas.

Las páginas de la historia de la ciencia del derecho nos revelan que los códigos de todos los países civilizados se modifican bajo el influjo de los progresos que ha hecho la humanitaria ciencia de la Medicina. Tomemos por ejemplo el principio fundamental de la responsabilidad del culpable; gracias a la comprobación médica de que en buen número de casos de delincuencia se puede inferir que la perturbación mórbida de los sentimintos, las inclinaciones perversas, los hábitos y las disposiciones anormales dependen de lesiones orgánicas, el concepto acerca del delito ha variado; y hoy la judicatura procede en cada caso, en armonía con lo que los peritos médicos hallan en su investigación del quebrantamiento de ley cometido, en relación con las enfermedades adquiridas o heredadas por el delincuente.

Hoy, merced al mejor conocimiento de las causas del delito, han dejado de emplearse los tratamientos drásticos inspirados en las ideas de venganza, o tendentes al escarmiento, adoptándose métodos más racionales, ajustados al concepto de que la gran función del castigo es procurar la reforma del culpable; y éste proceso evolutivo lo han promovido principalmente de modo poderoso, los estudios médicos acerca de las influencias que en la producción del crimen ejercen la herencia de una parte y el medio ambiente de otra; complicado concurso de causas, algunas de las cuales, sólo pueden evitarse actuando sobre los elementos genitores, si bien otras son accidentales, susceptibles de remoción y, cuando removidas, aseguran la curación del enfermo moral. Se admite aún, que no todos los criminales son degenerados natos, pero está probado clínicamente que un gran por ciento de los que delinquen, hijos de alcohólicos, de libidinosos, de avarióticos, de enagenados, de seres enfermos, son productos que vinieron al mundo deficientes de mentalidad, como lo demuestra el que las prisiones, las casas de prostitución, los reformatorios, etc. alojan más débiles mentales que personas de mente normal.

Pages 97-104 missing

Hablamos, claro está, de enfermedades infecciosas, que son las que dan contingente a los procesos epidémicos y, así consideramos éstos, como procesos expresivos de estados varios que se especifican con el agente causal de la enfermedad dominante: pero que tienen un factor común básico en cuanto al campo en que se desarrolla y el órgano u órganos afectos.

No hay nunca uniformidad en la forma de presentarse el cuadro de una enfermedad epidémica: élla no tiene, a este respecto, regularidad común a aquellas entidades de individualidad conocida que evolucionan en otras condiciones de lugar y de tiempo. Puesto que son procesos no tienen individualidad precisa, sinó una que se diluye en lo complejo y en lo múltiple de las formas en que élla se expresa.

Las epidemias toman, para su característica y forma en que han de desenvolverse, condiciones varias y múltiples que dicen relación a la atmósfera, a la región, al clima, a la estación y a particularidades del individuo. Son, a manera de corrientes morbosas que avanzan por los cáuces que todas estas condiciones van abriéndoles y, en ellas, hará su obra el factor morbígeno; pero la hará, no según sus peculiares idiosincracias de ataque o de injuria, sino sujeto a estos mudos modeladores de todo lo que es y representa la energía viva. La variabilidad de formas, la complejidad de expresión, sentándose sobre una base común, nos lleva a considerar las entidades morbosas epidémicas, como procesos dentro de los cuales la expresión de lo morboso, se hace, mostrando en su fondo, lo que es común u homogéneo y aún lo heterogéneo, pero sin líneas muy sensibles de separación o de diferencia.

Bajo este aspecto consideradas las enfermedades, aparte el factor etiológico que las genera, son expresiones modeladas, donde el organismo y el medio ambiente esculturan su obra.

No podría un fino análisis desintegrar una entidad morbosa, aislarla con perfiles y rasgos propios e individuales del conjunto morboso que priva en un período epidémico.

Tal entidad, sin una relación específica inmediata con otra u otras, no se produce aislada. Ella tiene un fondo común que a otras pertenece, a otras que le precedieron. Son todas la expresión de un proceso que es el que domina el campo epidémico.

Ellas así, obedeciendo a las leyes que gobiernan y rigen todo proceso, presentan ciertas analogías de formas o de expresión, cierta similitud en cuanto al órgano u órganos enfermos, una continuidad sin líneas visibles de separación en los elementos que lo expresan.

Así, lenta, gradual y silenciosamente, como discurren todos los procesos que son obra de la sábia Naturaleza, van desenvolviéndose en la

gran entraña del tiempo, tomando vida y expresión, perteneciéndose, relacionándose y pareciéndose todos, aunque todos con una tendencia a la diferenciación, al constituir una determinada individualidad.

Decimos, que las enfermedades, vistas bajo este prisma, no se dan aisladas al punto de desintegrarse unas de otras.

Un proceso epidémico o epidemia, no aparece sin una incubación anterior, sin una preparación especial del factor morboso, que, filtrándose de unos organismos a otros, en la sucesión de un tiempo determinado, va ganando algo, tomando formas de ataque o energías nuevas para dar lugar al tipo morboso nuevo con todas sus peculiares características, aunque con similitudes de procedencia anterior.

La que llamamos *constitución médica* nos habla de procesos reinantes en una localidad con un factor común o modalidad semejantes.

En una época del año padecen órganos o aparatos determinados.

A las veces, tenemos procesos intestinales varios: se registra toda la gama de sus formas morbosas, en relación con el individuo de quien toma siempre su fisonomía el proceso, porque es el enfermo, el que reacciona y la enfermedad se acomoda a él, a él se amolda: dá su nota, según las características, los tonos del individuo que padece.

Un hilo buen conductor del diagnóstico para el clínico, es y será siempre, la constitución médica reinante.

Muchas veces predomina el factor respiratorio. Todas las modalidades morbosas de este aparato se registran y, cada enfermo, como un vocero distinto, va dando una nota consonante con su organismo; sus taras, sus predisposiciones, sus agobios de fatiga o de excesos, sus hábitos etc.



Una observación discreta y cuidadosa, nos dió oportunidad, hace pocos años, para ver puestas de manifiesto estas conexiones íntimas, estos sordos enlaces de unas formas morbosas con otras. Dice éllo relación a la época en que aparecía en Puerto Rico, por la vez primera, la infección pestosa, la plaga bubónica, a la que tan grande importancia presta la epidemiología moderna. La característica de esta enfermedad se registra en la invasión que élla hace de los ganglios linfáticos, como se representa en la forma bubónica. Sabemos todos los que, en Puerto Rico, fuimos actores en aquella inesperada epidemia, de que modo insensible, bajo el punto de vista clínico, fuimos los médicos sorprendidos con su aparición.

Si como se reconstruyen acontecimientos o hechos aislados en otros órdenes de vida, para mejor juzgarlos, fuese posible a la memoria perspicaz y escrudiñadora del médico, traer a la realidad modalidades clí-

nicas que, entonces, todos tuvimos ocasión de observar, cuya característica principal y de más relieve radicaba en el terreno linfático; si pudiesen ser traídas a la realidad, formas tantas y tan varias de procesos similares linfáticos que, entonces se producían, simples adenitis con escasa reacción febril, unas veces; ótras, y fueron más contumazes y persistieron más, "las *parótidas*"; si estos cuadros fuesen traidos a inmediata consideración, podríamos muy bien hallar la relación tan íntima, pero tan suave al mismo tiempo, de un proceso a otro; de lo que eran éstas formas linfáticas y lo que es y representa la infección pestosa; sería fácil establecer, que fué úna la preparación de la otra, ambas parecidas en el campo de ataque; pero ambas distintas, con rasgos y perfiles, con individualidades perfectamente definidas. Esto nos dice, que las enfermedades epidémicas marchan por cáuces anatomo-patológicos determinados casi siempre de similar contextura y función, y que la obra de forma, la de expresión la dá el agente patógeno creador de la individualidad de acuerdo con las complejas, múltiples y casi desconocidas influencias a que están sometidas.

Para que privaran en la realidad clínica, procesos que radicaban en un tramo similar anatómico, aunque con un distinto factor patógeno, precisa convenir, que la Naturaleza harmónica, con agentes externos que la influencian de contínuo, ofrece campo propicio a la injuria de los micro-organismos que son los que, luego, han de definir el proceso morboso.

Así sólo, puede explicarse esta similitud de formas puestas a contribución en los procesos morbosos antes referidos, mientras en lo hondo de las texturas anatómicas, están laborando su peculiar y propia obra los gérmenes para crear las entidades que han de mostrarse como realidades vivas de la Clínica.

◆ ◆ ◆

Fué en los meses del verano de 1918, que hizo su aparición, con caracteres epidémicos, una enfermedad febril, aguda, de máximas hipertérmicas y con duración de tres o cuatro días.

Iniciábase dicha entidad morbosa con escalofríos, fuerte cefalalgia, cansancio, laxitud, quebrantamiento de fuerzas, dolores en los músculos y en las articulaciones, localizados en la región posterior del tronco y de las caderas, tan intensos, que dificultaban el menor movimiento del enfermo en la cama.

Inyectábanse las conjuntivas oculares y un mismo proceso de hipertermia afectaba la boca, fáuces, pared posterior de la faringe, laringe y tráquea determinando, por cosquilleo, una tos pertinaz y, en ocasiones, una sensación de molestia, estorbo o constricción.

Sin ser muchas y frecuentes las manifestaciones respiratorias, poco pudimos encontrar que encuadrara en un marco de afección pulmonar. En algunos casos pudimos observar brotes congestivos y pneumónicos.

Contadas veces, una sola, pudimos registrar en un niño, una erupción maculosa, al terminar la enfermedad.

La duración y forma de la fiebre, lo breve de la enfermedad, los mareos, laxitud, los dolores intensísimos de músculos y articulaciones, la hiperhenia conjuntival, pudieron, en más de una ocasión, hacer vacilar los criterios médicos y crear en éllos, la duda acerca de la clase de enfermedad que, de modo tan extenso, había invadido la Ciudad.

La enfermedad se contenía en límites que no se ajustaban a las que más privaban en nuestra zona.

Si, dando su equivalente a la influencia, que el clima tropical tiene sobre las enfermedades cosmopolitas, hubiéramos estado autorizados a dar nombre diagnóstico a tales entidades nosológicas, con algún acierto habríamos podido llamarlas formas *mixtas de dengue* y de *influenza.*

De una parte, teníamos los dolores intensos en músculos y en articulaciones; la inyección conjuntival y las fiebres; de ótro, ese mismo cuadro, un desacuerdo entre pulso y temperatura y manifestaciones francamente pulmonares con localización expresa, según una constancia que la experiencia nos hizo comprobar.

Tan delineados y tan claros fueron apareciendo los rasgos de la enfermedad, en únos y otros casos; tan, típicamente, fueron esbozándose modalidades distintas, y tal carácter grave fueron tomando aquellas formas que afectaban al aparato respiratorio, a la vez que la curva térmica revelaba características tan especiales, que, ya fué fácil a la mente médica, reconcentrarse en otro juicio y caer del lado de la *influenza*.

En estas circunstancias, una enfermedad parece que no hizo sino anunciar la aparición de la otra. Tan semejantes son en sus formas clínicas y sobre todo en su modo de invasión, la influenza y el dengue, que no fué fácil, sin el peligro de la equivocación, establecer con criterio seguro y cierto, el verdadero diagnóstico de úna y otra enfermedad. Tales eran las cosas en el período de confusión en que se dieron ambas entidades morbosas. Después, las características fueron poniéndose de relieve y cada entidad tomando su fisonomía propia. Estabamos en claro de un diagnóstico de *Influenza.*

Frente a estos hechos, la observación nos ha permitido encontrar aquí, aquellas mismas relaciones, aquellas mismas suaves y silenciosas líneas sobre cuales dos procesos evolucionando que parecían ser uno mismo, se prestaban algo externo para la similitud, mientras, más luego, se

diferenciaban para crear un tipo clínico, una entidad morbosa bien definida.

La epidemia de influenza típica, la pura, apareció en la estación final del año. Quizá y sin quizá, si lo especial de nuestro clima, conteniendo en límites especiales también la enfermedad, no pudo producir la verdadera influenza en aquellos días cálidos y ardientes de verdadero verano.

Cuando hubo de venir el invierno, sucediéndose durante él, días de temperaturas bastantes bajas, algo insólitas en sus cifras termométricas; entonces, apareció, de cuerpo entero, la verdadera *influenza*.

Nuestra experiencia, durante esa epidemia, que intensificó sus ataques de manera bastante sorprendente, que llevó a los ánimos una impresión de miedo, casi de terror y que dió una contribución de muerte, extraordinaria; nuestra experiencia de entonces, nos permitió recoger las observaciones que aquí apuntamos hoy y, que, acaso, tengan algo de peculiar, dentro de la fisonomía clínica, que, en esta zona tropical, asignamos a las enermedades cosmopolitas.

Pudimos comprobar, que la *influenza* era más frecuente en los hombres que en las mujeres, quienes, si afectadas, presentaban caracteres más benignos. Otro tanto pudimos observar con relación a los niños.

La fiebre, unas veces persistente e irregular en otros, con curso de varios días. Los casos de fiebres contínuas, casi siempre se condujeron como verdaderas hipertermias.

Carácter de significación clínica muy digno de consideración fué la discordancia observable entre el pulso y la temperatura.

Con verdaderas pirexias, el pulso se mantuvo entre 80 y 90 pulsaciones. Y, en las declinaciones febriles, cuando la crisis se aproximaba, una sudoración profusa y repetida llevó al paciente a un desfallecimiento cardiaco, bajando el pulso a 48 y 50 pulsaciones.

Dentro de esta irregularidad, aún es más digno de mención el fenómeno llamado *Allorrhytmia* o *Poikilorrhytmia* y que fué constante, en casi la mayoría de los pacientes. En estas condiciones, la toxidad sobre el vago determina tal irregularidad en el ritmo del pulso que en cada cuarto de minuto la observación permite contar 20, mientras, en otros cuartos se puede contar 24-26-28-25, y, en ninguno de éllos, un número de pulsaciones fijas y regulares. Puede decirse, es este un carácter que podría considerarse típico en la *influenza*.

El estudio y observación del pulso nos ofreció otra particularidad digna de mención. En muchas ocasiones, un enfermo acusaba bajo la axila, una temperatura normal o bajo la normal. La temperatura de la cavidad bucal nos señaló un grado o más, circunstancia que podría expli-

carse por la gran hipertermia en las mucosas que la *influenza* determina.

En términos generales, los casos de esta enfermedad en mujeres fueron menos frecuentes y más benignos, sin que esto niegue la existencia de casos en éllas, o, algunos, de verdadera gravedad y con término fatal.

Los niños, fueron menos atacados. La enfermedad en ellos tuvo su característica en los vómitos, en forma de gastritis. Esto así, en la primera etapa de la influenza, porque una segunda etapa la caracterizó una casi epidemia de bronco-pneumonias infantiles. A este respecto y en relación con el diagnóstico de estas formas, es bueno señalar el hecho de cómo la auscultación en los casos de *influenza* suele ser engañosa por no parecer estar en relación los signos físicos existentes con lo que la auscultación nos revela. Y ésto adquiere valor más positivo cuando de establecer los focos de bronco-pneumonia en los niños, se trata.

Esto a las veces es muy difícil y se hace necesario buscar el foco, con verdadera malicia, porque suele estar muy profundo y velado por otra clase de estertores de bronquitis.

Hemos llegado a considerar la auscultación escrupulosa y sagaz, como piedra de toque, en el diagnóstico de las formas respiratorias de *influenza.*

La experiencia y la importancia dada a ese poderoso recurso diagnóstico, nos enseñó una peculiaridad propia de la *influenza* en nuestro clima y durante esta epidemia. Nos referimos a la preferencia de las lesiones inflamatorias, por el pulmón derecho. En una larga y persistente observación, constatamos ese hecho, en los períodos más álgidos de la epidemia.

El carácter traidor de esta enfermedad, cuyos signos físicos a la auscultación eran afásicos en la mayoría de los casos, nos enseñó a ser perseverantes y atentos buscadores de sorpresas clínicas en la región posterior y básica del pulmón de referencia, donde, casi siempre, se formaron la mayoría de los procesos de *pneumonias* y de *pleuropneumonias.*

Cuando tras un escalofrío, fiebre alta de ascención vespertina y quebrantamiento de cuerpo, un enfermo se puso bajo nuestro cuidado; nosotros no olvidamos nunca, el examinar las bases pulmonares, con preferencia el derecho. Y podemos decir, con la seguridad q. nos dió la experiencia clínica, que manifestaciones casi imperceptibles, a la agudeza más sutil de un oido médico, bien experimenttado; algo que no podía percibirse a la auscultación en los planos anteriores del pecho, lo sorprendimos y lo aquilatamos en todo su valor diagnóstico, atisbando con cuidado esas regiones dichas.

Si el clínico no quiere experimentar una sorpresa dolorosa en todo

caso de grippe o influenza, sobre todo, en las de tipo *hipertérmico,* no olvide refinar su oido, ponerlo malicioso en esas bases pulmonares e interróguele en la sutil agudeza de que su órgano auditivo sea capaz, por las manifestaciones silenciosas que allí dentro fragua sorda y traidoramente la infección grippal. Allí, y sólo allí, encontrará la clave de todo el proceso misterioso.

Una temprana sorpresa de cuanto allí pase, ahorrará trances y desenlaces funestos al enfermo y será norte seguro para el médico, quien tendrá abierto un camino fácil para su diagnóstico y para su mejor tratamiento.

Un olvido precoz en la busca de esas mudas sorpresas, puede ser de dolorosas angustias para el médico, para las familias y para los pacientes.

Los casos primeros de *influenza*, fueron siempre de forma respiratoria. Cuando la enfermedad hubo adquirido todas sus características y se manifestó en pleno, como verdadera *influenza*, aparecieron formas varias, pudiendo delinear la *respiratoria*, la *gastrointestinal* y la *nerviosa*.

Las formas gastrointestinales dieron un gran contingente, y, por su originalidad clínica, fueron objeto de no pocos errores diagnósticos.

Estas formas, con ser tan típicas y rodearse de un cortejo de síntomas muy expresivos, simularon todas las formas de los procesos gastrointestinales y hepáticos, aún los de la misma fiebre tifoidea.

Tuvimos ocasión de comprobar casos que pudieron ser vaciados, sin escrúpulo alguno por el más sagaz clínico, en un diagnóstico de fiebre tifoidea, si el laboratorio, una vez y otra, no lo hubiese desmentido. Pero es, que, aún en los casos de influenza más obscura y complicada; cuando los síntomas de otras afecciones querían absorber para sí, la significación diagnóstica, la influenza sutilmente, asomaba alguna línea de su faz, para que la perpicacia médica pudiera descubrirla.

En estos casos de fácil confusión, dos órdenes de signos podrían servir a la rectificación de cualquier error; uno es el aspecto *sui-géneris*, la condición de la lengua grippal y otro, la rudeza respiratoria que siempre se encuentra, aún sin signo o manifestación de este aparato. La lengua grippal no es la del embarazo gástrico ni la de la fiebre tifoidea. No ha alterado su forma y dimensiones; conserva su humedad, pero se viste de un blanco opalino, de porcelana, rasposa como si la hubieseis frotado y oculta entre su velloso aterciopelado, las eminencias de las papilas linguales. Toda élla está festoneada de un borde y punta de color rojo uniforme.

Y esos caracteres, que pueden ser un guía y auxiliar poderoso para el diagnóstico, no se pierden, sino que se conservan mientras la fiebre subsiste. Ella comenzará a cambiarlos, cuando la enfermedad entre en su crísis de curación. Cuando un cambio en la humedad de la lengua se observa, indica una complicación o una posible recaida.

Otro de los caracteres, que auxilia y dá luces en las formas gastro-intestinales de alguna obscuridad diagnóstica, es la rudeza respiratoria, que en lo planos posteriores de los pulmones, con predilección en el derecho, puede descubrir la auscultación.

Nosotros pudimos constatarle muchos días, en algún caso en que los síntomas todos, inclinar podían al clínico más experto a diagnosticar el caso como de tifoidea: constatamos esa rudeza respiratoria, que duró mientras duró el proceso gastro-intestinal. Y persistió sin dar síntomas de tos, y dispnea; sin signos funcionales por parte del pulmón.

Tales son, a grandes rasgos las observaciones, *clínicas*, que pudimos hacer en las epidemias de junio y julio y la de los meses fríos del año 1918.

No traemos a la consideración la multiplicidad de casos graves, con complicación pleuro-pulmonar y pneumonia franca, que tuvimos: todos graves y de larga duración, alcanzando algunos hasta dos meses.

Fueron tantos, ya que ha sido, sin duda, esa epidemia el azote más terrible que sufrió Puerto Rico durante muchos años de su historia.

En cuanto a tratamiento, dentro del muy vario que aplicamos en la Influenza hemos de hacer aquí una declaración, que no tiene más valor que el personal que nosotros podemos darle.

No es señores, una afirmación gratuita: es un hecho que tiene la corroboración estadística de los números. Jamás, en nuestra vida profesional de 20 años trabajamos más, llegando a la fatiga y al cansancio. Todas las horas del día eran horas de visitas y lo eran también las de la noche, sin tregua, apenas, para el descanso.

Y decimos ufanos de haber logrado pasar aquellos días tan angustiosos, combatiendo cuerpo a cuerpo con la epidemia, sin haber tenido más que una sola víctima: una enferma tuberculosa en quien se presentó una forma hemorrágica incoercible; hemoptisis-hematemesis y enterorragias.

No queremos sino establecer un hecho: lo damos al libre y culto juicio de nuestros doctos compañeros, más expertos y sagaces que nosotros, en los secretos de la ciencia de curar.

Proclamamos haber obtenido éxitos numerosos en el tratamiento de todos nuestros enfermos de influenza, con el uso del alcohol. Lo dábamos en sus distintas formas, según la condición del paciente: unas veces brandy y otras champagne.

Y no lo administramos por rutina. Estamos respaldados por la opinión de médicos franceses que, en la pandemia de 1809, proclamaron, que el alcohol era un agente de protección contra la influenza. Lo dábamos porque todos cuantos hemos ido a las fuentes de la medicina clá-

sica sabemos la utilidad aquilatada del alcohol en las formas pneumónicas. Lo sabíamos por experiencia propia en enfermos que salvaron sus pulmonías, gracias, entre otros medios, al uso del alcohol. Y siendo esta enfermedad de tal condición que todos sus venenos van casi directos al corazón: conociendo, que las bradicardias son tan manifiestas en la influenza, conociendo la tendencia de sus toxinas a injuriar este motor de la vida por excelencia, a producir su debilidad, a invadir sus fibras y producir la miocarditis, que lleva los enfermos a la muerte: acudimos a él, sin reservas y su empleo nos ayudó a los éxitos que, ahora proclamamos aquí.

Cuando la epidemia alcanzaba su mayor intensidad, se desarrolló un frío, casi nunca sentido en esta latitud. Los campesinos sin alimentos, sin abrigos, sin atenciones médicas, se morían de frío, faltos de aquellos recursos que complementan una buena asistencia médica.

Puede decirse, sin equivocación, que las víctimas tan numerosas en nuestra Isla, durante la terrible epidemia, lo fueron más por el frío y por el hambre que por la enfermedad. Ella podía matarlos, pero lo mataron más, aquellas injurias implacables del alimento y del frío.

No sería lícito decir aquí, que aquellas víctimas habían podido ser menos, si el pobre y principalmente el campesino, hubiesen tenido el alcohol como un auxiliar de su alimentación mezquina y de sus recursos médicos escasos?

El campesino, reciente la epidemia, había sumado a su estado depauperado y ruinoso, una causa más de debilidad. Estaba, en aquellos días comenzando a hacer frente a la ley de la prohibición que le restó, de un modo brusco, el que era habitual pero prudente estímulo de sus gastadas energías.

No hemos de estudiar aquí un problema de medicina social y de psicología, que resultaría muy interesante, si lo planeásemos y profundisáramos.

Las sociedades y los pueblos tienen sus bajos fondos, donde se acumulan de unas y de otras generaciones, cuanto fué sedimento de vicio, y de pecado.

Ahora mismo, nuestros ojos médicos miran estupefactos las reacciones de laboratorio, que van haciendo desfilar tanto y tanto portador silencioso de sífilis, que han venido trayéndola ancestralmente, como una herencia pecaminosa de nuestros antecesores y que, silenciosamente, también, la ha ido sembrando en los surcos de las generaciones, dando así, al conjunto social el peor estigma que podía recoger en el curso de su existencia.

Nada, porque los ojos del laboratorio no pueden penetrar en ello,

podemos decir respecto a los sedimentos que, en los filtros de las generaciones, haya podido dejar el alcohol. Eso no lo evidenciarán los tubos reactivos; eso, más que con ojos de visión profunda, lo sondeará en los abruptos fondos sociales, el fino y profundo discurrir de la Psiquiatra, no de la actual, sino de una que empiece a estudiar desde ahora, este fenómeno de perturbación de la mente y del sentido moral de la humanidad presente.

¿En qué relación de causa o efecto, podrá colocarse el alcohol, que fué, como, por un tamiz, filtrándose también, como la sífilis através de las generaciones que nos han precedido? Y ¿qué papel ha de estarle reservado a la medicina filosófica, esa rebuscadora de hondas cáusas, para apreciar en su verdadero valor los fenómenos sociales presentes, de un morbosismo a todas luces manifiesto?

¿Qué efectos produce la supresión brusca no en un individuo sino en la masa colectiva de un pueblo, de uno de sus agentes habituales de existencia?

El fenómeno, si se produce, no es lo mismo en el individuo que en lo complejo colectivo. Problema es, que no nos toca escudriñar y que la ciencia de un futuro próximo habrá de estudiar, no sólo por mera curiosidad científica, sino porque, a la virtud y eficacia de las leyes, conviene que sean cimentadas en algo que sea humano: en la propia contextura física y moral de los hombres: en su propia naturaleza; y, ya, es hora de que se estudie más al hombre para mejor regirlo y gobernarlo y darle, si algún derecho tiene, un rumbo fijo hacia su felicidad.

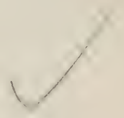
Esta digresión está hecha. No lo está a humo de pajas. Es un gesto de quejas que demanda, que si no puede haber virtud para el hombre de esos bajos fondos, debe haber piedad en los de arriba para no atentar contra aquello que está en su propia naturaleza, quizá como un estigma, y que, en circunstancias dadas, sin herir más su virtud, puede ser un agente de salud y de vida contra la enfermedad que lo mine.

Iríamos muy lejos en la exposición de nuestras observaciones acerca de la *influenza* y ello comprometería el tiempo que se nos ha asignado en esta conferencia.

Quedan para otro momento, y, dichosos nosotros, si al haber concurrido aquí con esta tarea, la que pudimos hacer a costa de un largo y sostenido esfuerzo, logramos contribuir al éxito de esta Asamblea, donde una vez al año, concurren a hacer luz en sus problemas, los hombres que día por día, mientras unos se entregan a sus festines y a sus ocios, a estimular sus egoismos y sus ambiciones, a gozar, y mientras otros dan duro sobre el yunque, estiran bruscos los brazos y se rinden exhaustos a las fatigas del trabajo, para ganar el pan que llevan a su mesa; día por día,

van estos hombres, que aquí se reunen, aliviando penas y dolores, mitigando torturas y restándole sus víctimas a la enfermedad y a la muerte.

¡Dichosos nosotros, si de esta suerte, podemos contribuir al éxito de la clase médica, siempre que tal éxito se traduzca en un signo de bien y de progreso para nuestra patria!



NECESIDAD DE UN EXAMEN DE LA VISTA, NARIZ Y GARGANTA EN LAS ESCUELAS DE PUERTO RICO. (1)

Dr. Agustín R. Laugier.

Al presentar este importante asunto ante la consideración de mis distinguidos compañeros, miembros de la Asociación Médica de Puerto Rico, guíame el propósito de responder al llamamiento de su Comité Científico, para exponer clara y llanamente con mi pobrísima experiencia, pero con el mejor deseo por el bien de la niñez y juventud de nuestro país, la necesidad de un examen físico en las escuelas y colegios de Puerto Rico.

Mucho se ha hecho en los países más civilizados del mundo velando por la salud pública, como fuente de vida de los organismos, por medio de una propaganda científica, eficaz en las escuelas y demás centros sociales e industriales, más en nuestro país no se le ha dado la importancia debida por las personas llamadas a hacerlo. Con tal motivo presentó a ustedes este humilde trabajo, contribuyendo en una parte muy ínfima al objeto que nos reune en estos momentos de la Asamblea Anual de nuestra Asociación Médica. . .

Este es un asunto no tan solo de interés para la clase médica sino para el país en general. Tratáse de una fase de la higiene en la niñez y en la juventud para mejorar su desenvolvimiento físico y ver un pueblo sano vigoroso y trabajador.

Un pueblo enfermo es una calamidad social. Es un abismo donde se ahogan todas las aspiraciones, donde se aniquila, física, moral e intelectualmente una comunidad. Es una piedra de tropiezo para el bienestar de la patria.

El problema de la educación física ha ocupado y vá para un sitio

---

(1) Trabajo leído ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de P. R., Diciembre 21, 1919.

prominente en la higiene social de un pueblo y para que el niño pueda desarrollarse robusto y resistente, es necesario desde su más tierna infancia prepararlo por todos los medios que estén a nuestro alcance. Un niño con una defectuosidad patológica no puede desenvolverse como los otros, se vé pronto agotado en sus estudios, fatigado en los ejercicios físicos y como resultado final con una enfermedad tal vez fatal para él. ¡Quién sino el médico por medio de un examen sistemático, científico no es el llamado a corregir estos defectos físicos desde la niñez temprana!

Entre estos defectos físicos corregidos no hay ninguno más importante que los de la vista, nariz, garganta y dentadura, demostrado practicamente por las estadísticas que daré a conocer más adelante, hechas en las principales ciudades de los Estados Unidos.

El cuidado de la vista desde que el niño por primera vez vé la luz del mundo por medio del método de Credé, se ha hecho obligatorio por una ley vigente del Departamento de Sanidad en aquel país, así como también otras medidas adecuadas al caso.

A pesar de estas sabias indicaciones buen número de los casos de ceguera y defectos en la visión en este país son debidos a no haberse tomado las medidas profilácticas, resultando en oftalmias purulentas complicadas con úlceras de la cornea, los cuales, como consecuencia final resultaron en la pérdida de uno o los dos ojos, o cicatrices que interfieren considerablemente con la visión normal.

Cuando se aproxima la época de su educación es nuestro deber darles visión normal por medio de cristales apropiados u otras medidas según el carácter de su afección. En la mente de los compañeros y profesores de las escuelas está el buen número de escolares que por errores de refracción necesitan ocupar sitios próximos a las pizarras, casos que se quejan de dolor de cabeza después del trabajo escolar, otros que tienen que acercarse el libro para leer, otros con desviación de uno de sus ojos resultando al final con ceguera casi completa por falta de uso, otras con irritación de la conjuntiva en sus diversas afecciones de tracoma, conjuntivitis folicular, blefaritis, pterygium etc., etc. ¿Debemos permanecer inactivos ante tal cuadro cuando el mal puede remediarse por medio de un exámen médico en las escuelas de Puerto Rico? Respondan las personas llamadas a velar por la salud pública, estudien el problema y actuése.

Por la literatura que sobre esta materia he leído y por observación personal, las siguientes medidas se hacen necesarias para salvar la vista de nuestra niñez y juventud en este país.

1.—Vigilar porque el método profiláctico de Credé y otras medidas higiénicas sean observadas en los recién nacidos.

2.—Publicar panfletos y tarjetas impresas explicando en lenguaje sencillo y práctico el cuidado de la vista.

3.—Conferencias públicas por profesionales en las escuelas u otros sitios de interés.

4.—Examen metódico anual en todas las escuelas públicas o particulares para clasificar y corregir los defectos físicos de los escolares.

¿Cuáles defectos de los ojos pueden observarse y corregirse en los niños de las escuelas de Puerto Rico?

1.—Visión pobre para cerca y larga distancia.

(a) Niños que demuestran tener visión normal a los 20 pies reglamentarios de distancia con las letras tipo Snellen, pero que se aproximan el libro muy de cerca para poder leer (menos de 12 pulgadas).

(b) Niños que no pueden ver cuando se escribe en la pizarra del salón de clases teniendo que ocupar un sitio adelante o esforzar la vista.

2.—Aquellos que se quejan de dolores de cabeza después de las horas de clase, o de una lectura o escritura prolongada.

3.—Cuando se observa que uno de sus ojos se desvía temporalmente de su posición normal, resultando a veces con pérdida completa de la visión por falta de uso.

4.—Casos en los cuales se nota pestañeo constante al leer o escribir.

5.—Irritación de la conjuntiva después de algún trabajo, ejercicio, etc.

6.—Afecciones oculares comunes en los niños que deben tener asistencia inmediata, tales como las diversas formas de conjuntivitis, tracoma, blefaritis, pterygium, ordeolo, sífilis congénita en sus diversas manifestaciones, etc ., etc.

7.—Pruebas para los niños que usan cristales para ver si están bien o necesitan un cambio.

Esto con referencia a la vista, ahora llegamos al viejo y traído de los adenoides, y las amigdalas especialmente en las enfermedades de la niñez. Mucho se ha escrito y hablado sobre esto, pero en el final todos llegan a una conclusión que la hipertrofia de los adenoides, y de las amigdalas y en otras condiciones patológicas necesitan intervención quirúrgica para corregir esos defectos físicos que obstruyen la respiración y son la causa de otros trastornos sistémicos.

El desarrollo normal de la boca, nariz y garganta se hace necesario para evitar muchas afecciones de las vías respiratorias. De todos los compañeros es conocida la relación íntima de los focos de infección en la dentadura, encías, amigdalas y toxemias gastro-intestinales, en afecciones tales como iritis, coroiditis, conjuntivitis, artritis, enfermedades cario-renales, otitis crónica, sinositis, anemias profundas, gastritis, etc.

Las estadísticas siguientes de las ciudades principales de los Estados Unidos, dan una idea del examen físico en las escuelas públicas:

En la ciudad de New York: en el año 1917:

Exámenes físicos hechos	328,190
Con defectos de visión	33,361
Con defectos en la respiración nasal por adenoides, etc	35,895
Amigdalas hipertrofiadas	45,939
Defectos dentales	222,642
Defectos de audición	2,026

Las otras afecciones encontradas dan un promedio bajo comparadas con éstas:

En el año 1918:

Exámenes físicos hechos	247,735
Defectos de visión	23,362
Defectos en la respiración nasal por adenoides, etc	25,169
Amigdalas hipertrofiadas	33,475
Defectos dentales	161,686
Defectos de audición	1,204

De estos números fueron tratados:

	Año 1917	Año 1918
Defectos en la visión	17,880	14,703
Por defectos de audición	9x2	750
Por defectos de respiración nasal	16,395	11,412
Amigdalas hipertrofiadas	18,847	13,930
Defectos dentales	45,013	29,839

En la ciudad de Chicago el resultado obtenido fué el siguiente:

Años.	1911	1912	1913	1914	1915	1916	1917	1918
Exámenes físicos hechos	72350	43505	3015	75876	79382	191225	77693	69844
Resultados obtenidos:								
Defectos de la vista	12429	7954	565	5001	7837	11973	2998	7789

Defectos respiración nasal ...	3380	2620	234	1489	2603	6214	934	2439
Adenoides hipertrofiados	3465	2538	262	4374	8839	14262	3063	10028
Amigdalas hipertrofiadas ...	15097	9603	1122	7136	11777	31642	4689	18611
Defectos dentales	27676	18917	1017	11603	22711	56251	6550	30632

De estas cifras fueron recomendadas a tratamiento:

27639	16806	1308	34225	32860	88044	28355	35053

Los beneficios obtenidos por el tratamiento en todas las esferas de acción tanto mentales, como intelectuales, higiénicos y físicos del niño hablan muy alto por el plán llevado a cabo en esa ciudad de Chicago.

En la ciudad de Filadelfia en el año 1917 se hicieron 156,520 exámenes físicos.

Defectos en los ojos	20,625
Nariz y Garganta	26,501
Oídos	1,425
Dientes	73,383

De estos números el 52,21% fueron corregidos sus defectos físicos mediante tratamientos u operaciones.

Podría citar más estadísticas de otras ciudades de los Estados Unidos con los magníficos beneficios obtenidos, pero no quiero cansar mucho la atención de los distinguidos colegas que me escuchan, y creo que esos resultados podrían obtenerse en este país donde se nota en muchos de los niños que su inteligencia está más o menos afectada, y la pubertad es a veces retardada e incompleta y se presentan ante el mundo indiferentes y apáticos.

Siento no poder presentar estadísticas de esta isla de P. R., pero a pesar de mis gestiones en San Juan y otras ciudades de la isla no he podido conseguirlas, pues parece un exámen metódico nunca ha sido efectuado.

Al presentar este trabajo sin forma literaria y solamente guiado por mi amor a la profesión y a nuestro país, deseo llamar la atención a mis compañeros para que lleven al ánimo de nuestros Comisionados de Educación en las diferentes ciudades y pueblos la importancia del caso, el fin que nos proponemos y resultado beneficioso que ha de obtenerse. Nuestra condición de médico en todos los países del mundo desempeña un papel importante interviniendo con su ciencia en todos los organismos político-económicos y sociales, y es nuestro deber la divulgación de esos conocimientos que ha de derivar beneficios públicos. La Asociación Mé-

dica de P. R. ha estado y estará siempre al lado de toda idea que lleve como intención principal la salud del pueblo y gustosa prestará su concurso a esta gran obra, laborando así por el bien y prestigio de nuestra patria borincana.

Créese una ley por la Legislatura insular haciendo obligatorio el exámen físico en las escuelas; búsquense enfermos apropiados bajo las órdenes de médicos competentes y el resultado será de gran utilidad pública.

Ayudemos con toda nuestra inteligencia, con toda abnegación a esos hombres que en las esferas del Gobierno o en la sociedad, o en la prensa, laboran por el bienestar de la patria en cumplimiento de una alta misión, con un patriotismo sublime, por la salud del pueblo portorriqueño.

He terminado.........

"LAS DERMATITIS MICOSICAS DE LOS PIES EN ESTA ISLA" (1)

Dr Julio Barreiro.

Señores:

Así como el viajero que por primera vez llega a estas playas, se extasía asombrado, ante la magnificencia y exuberancia de la flora tropical; de la misma manera el dermatólogo que hizo sus estudios, en los países templados o fríos, se encuentra sorprendido en los trópicos, ante el fecundo campo de estudio que la vegetación tropical microscópica, le brinda aquí.

Y es que las leyes de la naturaleza, lo mismo rigen para la palmera gallarda, que para el oculto y humilde hongo.

La abundancia de calor, de humedad y el buen terreno nutritivo, determina la existencia prolífica, no solo de las grandes especies vegetales que recrean nuestra vista y llenan de oro los bolsillos del hombre, sinó también de las humildes y diminutas especies, que invisibles a simple vista, ya nos ayudan a vivir, como p. ej: los hongos que nutrifican los

(1) Trabajo leído ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de P. R., Diciembre 21, 1919.

terrenos o los que destruyen las materias orgánicas putrefactas, o ya nos atacan produciéndonos enfermedades que nos molestan o matan, como la diversidad de microfitos patógenos que todos conocéis.

La piel, en los trópicos, es como una magnífica estufa de cultivos siempre en funciones y bien regulada. Hay en ella, el calor optimo, determina el concurso de la temperatura del clima y del excelente regulador térmico de nuestro organismo; hay humedad constante en la piel y los productos de descamación y maceración en ella siempre existentes, constituyen un renovable y magnífico terreno nutritivo. ¿Qué de extraño, tiene pues, que las especies microbianas vegeten sobre ella, en condiciones inacostumbradas en otros países?

Pero, no os alarmeis, ante este preámbulo; porque ni olvido que no soy un artífice de la palabra, ni que no debo dilapidar el tiempo de los que con más autoridad científica, me seguirán en el uso de la palabra.

Tampoco os haré, una monografía sobre la afección que es objeto de mi trabajo; ni siquiera, os daré a conocer su historia comenzando por la magistral labor de Hebra, siguiendo con los estudios de Kaposi y los de las escuelas de Viena, Inglaterra y Francia, hasta llegar a Sabouraud, que en su incomparable libro "Les Teignes" se revela como el principal maestro en estos estudios.

Los que querráis, erudicción, historia y detalles, allí los encontraiers; que yo no puedo ser el arquitecto de un edificio tan colosal. En mi, solo hallareis el obrero que con su brocha, un poco de pintura y un mucho de paciencia, se encarga de hacer resaltar ciertos detalles del edificio, que por quedar borrosos pasan desapercibidos.

Así que, con una concesión, rayana en la que la naturaleza tuvo conmigo, entraré en materia, diciendoos: Que de las dos entidades micósicas de los piés, hasta hoy estudiadas, o sean, la Trichophytia de los epidermis córneos espesos, y la determinada por el Epidermophyton inguinalis, pasaré por alto la primera, por qué como sabeis, está bien descripta en todas las obras de dermatología.

Me ocuparé en cambio de la segunda, porque en las obras, solo se cita, de paso y sin detalle alguno, la localización de esta micosis en los piés; y que en Puerto Rico, y debido indudablemente al clima, casi constituye una entidad nosológica endémica.

El eczema marginatum de Hebra (*Trichophitia inguinalis*) *en los piés.*

Hay en Puerto Rico, una infinidad de individuos afectados de estas micosis, que se presentan diariamente en nuestra consulta, con los diagnóstico erróneos de, ácido úrico, enfermedad del hígado, sífilis etc. Si exa-

minamos debidamete, estos casos valiéndonos del Laboratorio, observamos que su causa radica en un hongo; y de ninguna manera, depende de las enfermedades citadas anteriormente.

Mediante este diagnóstico exacto, no solo mejora el pronóstico, sino que se instituye el tratamiento verdadero, con el consiguiente beneficio del enfermo; y del crédito del médico; a la vez, que evitamos contagios.

Ettiología.—El micro-organismo productor de la afección, es una mucedínea, el Epidermophyton inguinalis de Sabourand, o una variedad de él. (En los enfermos publicados este año, por el Instituto de Medicina tropical de esta Isla, aparece citado por el Dr. King bajo el nombre de Epidermophytom cruris).

Síntomas y anatomía patológica.—La afección (que los enfermos denominan piquiña) es contagiosa y casi siempre secundaria a la infección de la ingle.

Comienza, por una picazón urente entre los dedos de los piés. Por la noche, al descalzarse el paciente, nota la existencia de unas vexiculitas, rodeadas de un difuminato rojizo; y a veces llenas de un líquido ligeramente opalescente, nunca teñido de sangre, ni trasformado en pús; salvo el caso de la asociación de otras infecciones, lo cual no es muy frecuente, al comienzo de la afección.

La vexicula, no interesa nunca, sino el epidermis en sus capas más superficiales. Al romperse, solo deja al descubierto una superficie rosada y que no sangra, fuera del caso de que las uñas de enfermo, agraven al rascarse, el trastorno causado por el hongo productor de la afección que ocupa.

Esta vexicula, si se rompe, no forma costra; secándose seguidamente y descamándose, ya en una escama gruesa que al desprenderse no deja el dermis al descubierto, o en escamas pequeñas y finas.

Es, en estas escamas donde puede encontrarse el hongo, disociándolas con la potasa y tiñéndolas después, o en caso de necesidad, cultivándolas.

Ahora bien, las vexiculas son a veces tan pequeñas, que solamente un exámen minucioso puede demostrar su presencia, dado lo ocultas que se hallan en las caras internas de los dedos; en los surcos interdigitales; y en el fondo del surco digito-plantar de los piés. La picazón, por una parte y por la otra la presencia de rágades, escamas, o maceración de la piel, en los puntos citados, nos inducirán a investigar el hongo con probabilidades de éxito.

Las uñas de los piés, pueden participar en el proceso; lo cual se reconoce por la aparición de manchas blanquecino-amarillentas, bastante adheridas.

La mayoría de las veces, a esto se reducen los transtornos; pero en

ocasiones, aparecen linfangitis, ya en el dorso del pié; ya en la cara antero-interna de la pierna; ya en el anterior del muslo; las que creo más bien debidas a la extensión de la micosis, que a infecciones asociadas. Por último, las adenitis inguinales, tampoco dejan de ser frecuentes. La fiebre, más o menos moderada, las acompaña.

Este ataque, directo, o indirecto del sistema linfático, por esta micosis, no la he visto consignada en ningún libro, ni revista. Llega con relativa frecuencia a producir supuraciones en focos, muchas veces profundos y ocultos por el edema de las capas más superficiales.

En nuestro Sanatorio, llevamos ya abiertos varios de estos abscesos profundos de la pierna; y varios bubones de la ingle, cuya etiología quedaría desconocida, de no haber buscado y hallado la causa, en esta micosis de los piés; muchas veces latentes debido a la benignidad de sus síntomas.

Diagnóstico.—El clínico, resulta relativamente fácil, después de estar un poco familiarizado con esta afección. El hallazgo del hongo, por los procedimientos corrientes en el Laboratorio, lo confirmará; y en caso de no disponer de este auxilio, el tratamiento(que hasta ahora me resultó infalible, en más de un centenar de casos) disipará todas las dudas.

A simple vista, solo se podría confundir esta efección, por el poco práctico, con otros eczemas de distinta causa, especialmente con los que pocas veces acompaña a la "Trichophytia de los epidermis córneos espesos", o con esta afección de la planta de los piés.

Pronóstico.—Es benigno si el enfermo se somete con constancia al tratamiento, pues que la afección recidiva con frecuencia, si el enfermo no sigue cuidando sus piés, vigilándolos constantemente; lo cual no tiene nada de extraño, si tenemos en cuenta la facilidad con que los Epidermophytos resisten bajo su forma de esporos, cuando las circunstancias no les son propicias; y la reviviscencia fatal de los mismos, cuando las condiciones de medio les son favorables, dado que las de la temperatura optima para su desarrollo (25 a 37 Grados C.) los tiene e su antojo en Puerto Rico.

Respecto al de los abscesos y bubones, diré, que evolucionan rápidamente hacia la curación, una vez abiertos y dado salida al pús que contienen.

Tratamiento.—Con la tintura de yodo, al décimo, se pincelan todas las lesiones y sus alrededores, después de excindir las vexiculas con la punta de las tijeras; se deja secar el yodo; y una vez seco, se expolvorea bien todas las partes afectadas con dermatol, sobre todo, los surcos interdigitales; y se cubren con una gasa esterilizada. Cada segundo o tercer día se renueva la cura; pero empleando ya en ella la tintura, al 5 por 100, y así, hasta la curación completa.

Pasados los primeros días, y cuando la exudación dee las vexiculas ha cesado o poco menos, se simplifica la cura suprimiendo el vendaje para facilitar el calzarse. Se procede entonces del modo siguiente: Se toca con el yodo, al 5 por 100, se expolvorea con el dermatol dentro de los calcetines y se ponen estos, cambiándolos todos los días, por otros limpios.

Las linfangitis, si existiesen, se tratan con la aplicación de compresas empapadas en jabón de potasa; o a falta de este, en glicerina ictiolada.

Los bubones, si todavía no están supurados, el reposo en cama y la bolsa de hielo, basta generalmente para dominarles.

Si están supurados, lo mismo que los abscesos linfangíticos, se tratan como tales abscesos, incindiénodolos y aplicándoles la cura consiguiente.

Y como quiera que al dirigirme a vosotros, solo es mi objeto, llamaros la atención, sobre una afección, aquí frecuente y cuyo diagnóstico causal, pasa muchas veces desapercibidos; doy por terminado, este trabajo.

LAS INFECCIONES DE LA VESICULA Y CONDUCTOS BILIARES: SU PRONOSTICO. (1)

Dr. J. Avilés.

Al elegir este tema para someterlo a la consideración de esta docta Asamblea, ha sido por considerarlo de gran importancia, toda vez que, las observaciones hechas en nuestra práctica quirúrgica, nos demuestran que las infecciones de las vías biliares, y las lesiones patológicas que de ellas se derivan, son mucho más comunes, que lo que generalmente se supone. Conocidas son por la profesión médica las discusiones que se han suscitado acerca de las ventajas que tienen sobre tal o cual tratamiento quirúrgico aplicado a ciertas condiciones morbosas de la vesícula y los conductos biliares; y como resultado de estas controversias, hemos llegado a hacer conclusiones por lo que respecta al pronóstico de las lesiones de las vías biliares.

(1) Tabajo leído ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de P, R., Diciembre 21, 1919.

Antes de entrar en materia, diremos que para formar conceptos de pronóstico de las infecciones de los conductos biliares, debe tenerse en cuenta, que prácticamente, todas las lesiones que en estos órganos requieran intervención quirúrgica, tienen como origen, la infección de la mucosa por micro-organismos.

La condición patológica por la que con más frecuencia nosotros operamos, es la producida por cálculos biliares; la que de una manera bella, la define Sir Berkely Moynehan, con la siguiente frase: "Cada cálculo biliar es un monumento levantado a la memoria amarga de un gérmen que yace enterrado dentro de él".

Aún las lesiones malignas que primitivamente se desarrollan en la vesícula biliar, casi siempre tiene cama causa, las irritaciones y las ulceraciones desarrolladas en la mucosa, provocadas por cálculos; los cuales, subsecuentemente son por lo general, resultados de infecciones microbianas.

El papel que juega el tipo de micro-organismo en el pronóstico de estas infecciones, es de relativa importancia. El colón bacilo, es por lo común, el gérmen que se encuentra en primer lugar en estas infecciones; síguele en orden, el bacilo de la fiebre tifoidea; después el estafilococo y, el estreptococo en último término. La colecistitis aguda desarrollada durante o después de un proceso de fiebre tifoidea, tiene un pronóstico bueno sin necesidad de recurrir a la intervención quirúrgica, si para ella emplea mos un tratamiento adecuado; solamente, y en el caso de no observarse mejoría a pesar del tratamiento médico, es que la intervención quirúrgica se hace necesaria para augurarla de un pronóstico favorable.

La colecistitis aguda precedida de una historia de trastornos crónicos de la vesícula biliar, tiene un pronóstico favorable, si se practica la intervención quirúrgica, bien dentro del período agudo, o después de pasado éste; pero si a pesar de la persistencia de los síntomas sépticos, y especialmente, si la infección viene acompañada de ictericia, la operación se pospone, entonces el pronóstico es grave.

Los casos de colecistitis aguda, que lejos de mejorarse terminan rápidamente por la gangrena y la peritonitis, son los que tienen como origen de la infección, los micro-organismos del tipo estafilococo y estreptococo o, los que por alojamiento de un cálculo-, obstruyen completamente el conducto cistico. Los síntomas sépticos de estas infecciones estafilocóccicas y estreptococcicas, son muy graves, y a menos que se practique una pronta intervención, y se establezca un buen sistema de drenage antes de que la infección alcance los conductos y células hepáticas, el pronóstico es grave.

La presencia de ictericia en los casos que este síntoma, no es debido

a obstrucción calculosa, significa, la obliteración del conducto común o de los hepáticos por edema, aumentando así la gravedad del pronóstico. Sin embargo, como ya hemos dicho, estableciéndose prontamente el drenage de la vesícula, el pronóstico se hace muy favorable. Si el drenage se establece algo tarde, aun después de verificarse la gangrena pero, antes de que se desarrolle la conlangitis, el pronóstico no es malo.

La colangitis aguda debida a una infección general, es de pronóstico grave. La conlangitis crónica cuya causa no se debe a lesiones malignas, tiene un pronóstico favorable, si se interviene quirúrgicamente. La colangitis supurada, tiene un pronóstico grave y los casos fatales terminan en pocos días; sin embargo, si se logra atacar el foco supurativo, y se establece el drenage en el area infecciosa, el pronóstico se hace algo favorable.

Se nos podría preguntar si la clase de intervención quirúrgica tiene algo que ver con el pronóstico de las lesiones de la vesícula biliar, y nosotros responderíamos que los casos de colecistitis y colelitiasis sin complicaciones, con la simple operación. del drenage de la vesícula, el pronóstico es más favorable que en los casos donde se estirpase la vesícula; sin embargo, no queremos decir con esto que los casos que requieran la estirpación de la vesícula, o los que requieran el drenage del conducto común o en los que se tenga que abrir el duodeno, el pronóstico sea malo, y nada conseguiríamos para mejorar los síntomas en estos casos, si no acudiéramos a estas intervenciones. El pronóstico fatal en los casos complicados, lo consideramos casi siempre que la intervención se practique demasiado tarde.

De un estudio comparativo del por ciento de mortalidad post-operatoria ocasionada por lesiones del aparato gastro-intestinal, sobre la mortalidad causada por lesiones de la vesícula y conductos biliares, sacamos los datos siguientes: 303 operaciones practicadas en la Clínica de St. Mary, Roschester, Minn. con la siguiente cifra:

Lesiones de duodeno: 26 casos; 1.6% de mortalidad.

Lesiones del estómago: 277 casos; 10.1% de mortalidad.

Lesiones benignas del estómago: 178 casos; 6.5% de mortalidad.

Cáncer del estómago: 109 casos; 15.6% de mortalidad.

Lesiones de la vesícula y conductos biliares: 1000 casos; 5% de mortalidad, comprendiendo en estos mil casos, toda clase de lesiones.

Colecistitis y colelitiasis benignas y sin complicaciones: 500 casos; 1.47% de mortalidad.

Estas cifras comparativas nos demuestran que la mortalidad post-operatoria de las lesiones de las vías biliares es muchísimo más baja que la mortalidad de las lesiones del estómago y duodeno.

Podríamos resumir estas observaciones con las siguientes conclusiones:

1.—La mortalidad alta de las infecciones de la vesícula biliar depende en gran parte a la presencia o no de colangitis y a la persistencia de ictericia acompañada por síntomas sépticos graves.

2.—Estos síntomas son muy graves los cuales demandan una pronta intervención, drenage de la vesícula o del conducto común, o de ambos a la vez.

3.—Todo individuo que presente síntomas inequívocos de afección de la vesícula biliar, debería operarse a tiempo, sin esperar la exacerbación aguda de la infección.

4.—Aún los casos avanzados de infección de la vesícula biliar, pueden curarse, si recurrimos a la intervención.

5.—La ictericia debida a cálculos en el conducto común y que no vá acompñaada de síntomas sépticos, no es un síntoma grave y su pronóstico es bueno si se hace una pronta intervención.

6.—La alta mortalidad que sigue a las operaciones de la vesícula biliar, son los casos crónicos avanzados sin tratamiento, con exacerbación aguda de la infección; y aquellos casos de lesiones malignas de la vesícula.

7.—El pronóstico fatal lo consideramos en los casos en que la intervensión quirúrgica se hace demasiado tarde.

Estas conclusiones las hemos basado por el estudio de nuestras propias observaciones y por los datos de las diferentes estadíticas que hemos citado lo que finalmente todo ello nos viene a demostrar, que si bien es evidente que las lesiones de las vías biliares son muy frecuentes y los síntomas sépticos agudos, amenazan seriamente con la vida y que las lesiones crónicas ponen al individuo en un verdadero estado de invalidad, no menos cierto es, que el pronóstico se hace muy favorable y la curación se hace completa, cuando para combatir estas lesiones, empleados los medios curativos adecuados y recurrimos pronto y siempre a la intervención quirúrgica en todo caso que así lo reclamase.



EDITORIAL

LA CUESTION PALPITANTE

Dr. F. del Valle Atiles.

La Cámara de Delegados de la Asociación Médica acordó en la última asamblea que una Comisión de su seno visitara al Tesorero de Puerto Rico para tratar de los intereses profesionales médicos en relación con el reglamento, consecutivo a la ley prohibicionista existente. Los comisionados se avistaron con el Sr. Benedicto, quién se mostró dispuesto a tomar en consideración cualquier razonada sugestión que se le hiciera acerca del particular.

Obran en poder del Sr. Tesorero algunas notas desfavorables para el buen nombre que debe mantener incólume todo el que ha sido honrado con la toga hipocrática, y esta circunstancia, relacionada con la conducta que se dice seguida por algunos, afortunadamente contados prácticos, ha debido ser causa determinante de que se redactaran reglamentos muy restrictivos, lo cuales de otro modo serían innecesarios.

Si la buena voluntad y discreción del Tesorero de Puerto Rico han evitado algún proceso escandaloso, por su parte la Asociación Médica, que vela por el buen nombre profesional, ha hecho constar que se considera desligada en absoluto de todo consorcio con aquellos médicos que, falseando la autorización concedida por la ley para recetar bebidas alcohólicas, hayan utilizado éste privilegio para hacerlo mercenariamente redituable. Sólo las clases sacerdotales, médica y farmacéutica gozan del privilegio de poder emplear bebidas alcohólicas para usos sacramentales o curativos; esto, *ipso facto,* les asigna, por razones obvias, responsabilidades, de órden moral principalmente, a médicos y boticarios, que no deberían ser descuidadas por los que ejercen la Medicina, quienes, aunque facultados para administrarlas en calidad de agentes curativos, no lo están para facilitar la bebida como placer y mucho ménos para satisfacer el vicio.

El Comité nombrado por la Cámara, ha acordado ántes de rendir su informe, someter a la consideración de los miembros de la Asociación un cuestionario para conocer la opinión de la clase médica asociada, acerca de las cantidades de alcohólicos que estimen necesarias para formular, y después, de acuerdo con el resultado de la encuesta, llegar a conclusiones fijas para recomendar las enmiendas oportunas.

El empleo de las bebidas alcohólicas ofrece un aspecto general y otro peculiar de la profesión, pero que se confunden cuando algún representante de la última se sale de la esfera profesional al prescribirlas.

En la controversia suscitada con motivo del prohibicionismo, puede notarse, aparte la protesta de los intereses materiales lastimados, que la incitación de lo prohibido lleva bastantes partidarios al campo de la bebida libre; este espíritu de resistencia a todo lo que es prohibido, bien manifiesto casi siempre en nuestras costumbres, no ha faltado en ésta ocasión.

Desde que se puso en vigor la ley no han escaseado censores que la acusan de haber estimulado la borrachez y de entorpecer el uso medicinal del alcohol. En cuanto a los efectos perniciosos que los licores espirituosos producen en el organismo, no suelen mencionarse a pesar de que con hacerlo se servirían los grandes intereses de la salud individual y colectiva. Tal como se lleva la campaña de oposición, parece como si se disculparan las borracheras, se lenificara el contrabando y hasta se hallara alguna atenuación en el delito de los fabricantes y expendedores de bebidas capaces de producir la ceguera o la muerte. La historia de la prohibición en Puerto Rico ofrece de sorprendente, que iniciada por un reducido número de personas y sin que se llevara a cabo una larga e intensa campaña de educación popular, el movimiento prohibicionista fué arrollador y culminó en las urnas por un brillante triunfo plebiscitario, a pesar de que los antiprohibicionistas, los industriales y los comerciantes en bebidas alcohólicas, lucharon bravamente por derrotarlo.

Atribuyo el éxito al espíritu que informó el movimiento: era difícil hallar argumentación sólida que oponer a los principios de alta conveniencia material y moral, tanto para el individuo como para la sociedad, que van envueltos en la lucha contra la embriaguez aguda y crónica; digérase que los votantes estaban inspirados en el adagio español: "Do entra beber, sale saber." Ello fué que muchos políticos, economistas, padres de familia y clérigos si no favorecieron la causa, no le hicieron una abierta guerra. ¿Cómo podría hacerlo ningún hombre respetable sin correr el riesgo de que se le juzgara, auque indebidamente, persona de mala fé, interesada, ignorante o inclinada al vicio?

Pocas personas cultas no conocen las obras de Lombroso; en una de ellas "El Delito, sus causas y remedios" habrán leido que el alcohol es un factor poderosísimo en causar las rebeliones políticas. Durante la Revolución Francesa, dice éste autor, el alcoholismo incendió los instintos de las turbas y de los representantes del Gobierno revolucionario. Monastier, borracho, hizo guillotinar a Lassalle y a la mañana siguiente no se acordaba del hecho. Los enviados de la Vendée vaciaron en tres meses, 1974 botellas; y Vacheron, ébrio, violaba mujeres y las fusilaba cuando resistían sus lubricidades.

En nuestra América el alcoholismo, según Lombroso, armó las manos

de Quiroga, Franco, Artigas y sus feroces satélites, algunos de los cuales padecieron de *delirium tremens,* como Blasito y Ortiguez. Durante el año 1834 en Buenos Aires, aparte de centenares de toneles de aguardiente, se consumieron 3,836 *frasqueras* de ginebra, 263 toneles y 2,182 damajuanas de la misma bebida, más 2,246 toneles de vino, 346 barriles de cerveza y otros de coñac y de oporto.

La vida de los tiranos todos, está ligada con el alcoholismo; es durante las excitaciones del alcohol que se han cometido los mayores abusos del poder y esto es tan cierto, como que el pauperismo está alimentado por la misma causa, y que entre el número de ciegos, paralíticos, defectuosos de mentalidad y delincuentes de todas clases que nutren el hampesco social, una mayoría inmensa son descendientes de alcohólicos y alcoholistas. Vetault, entre 45 alcoholistas halló cinco estafadores, seis culpables de atentados contra el pudor, cuatro de lesiones y dos vagabundos.

Pero sin apartarnos del campo de la Medicina, podemos hallar razones que justifiquen la acción del Estado para evitar que el alcoholismo se enseñorée de un pueblo; como ha dicho el Dr. Jorge Clemenceau, el alcohol es un factor importante en la producción de la tuberculosis, de la criminalidad, de la locura, de la mortalidad: "En nuestra época de crítica universal al travez de las ruinas, con tentativas más o menos coordinadas de reforma universal, cabe extrañar que denunciado el azote, reconocido sus orígenes, expuesto sus efectos a los cuatro vientos, la acción individual aparezca impotente, en tanto que el Estado, tan bien armado, permanezca como espectador indiferente cerca de un mal con el cual las grandes epidemias de otros tiempos no son más que vulgares escenas del drama común de la humanidad."

Sin duda hay que reconocerle al Estado el derecho a intervenir, y como consecuencia el de regular el despacho de medicinas alcohólicas; ahora bien los reglamentos para evitar abusos, deben proteger el derecho del médico y del enfermo que de buena fé actúen, pues como la profesión médica está dividida en cuanto al valor terapéutico de los licores alcohólicos, y aún cuando algunos mantienen que el brandy y whiskey no son indispensables, otros le asignan mucho valor medicinal, éste modo de pensar debe tenerse en consideración hasta que la ciencia hable definitivamente.

Los médicos, por lo general, no se inclinan a favorecer el alcoholismo, puesto que conocen los desastrosos resultados de la intemperancia, comprobados por la anatomía patológica en los exámene *post-mortem* del estómago, hígado, corazón y sistema nervioso de los que mueren de borrachera aguda o crónica; pero cabe en lo posible que haya profesionales

pocos escrupulosos que no se respeten a sí mismos, que se aprovechen de las ventajas de su título para aumentar sus ingresos; y para evitar esto, que ocurre en todas partes, es que se ha creido prudente dictar reglamentos adecuados.

No entraremos en discusión alguna acerca del valor terapéutico del alcohol, si bien anotaremos que no está definitivamente demostrado, por cuidadosos experimentos, que en las fiebres y enfermedades tóxicas pueda sustituir como alimentación a los carbohidratos y proteinas en el metabolismo orgánico, ni que sea un poderoso agente contra las toxemias; y bien sabemos que, aunque se le asigna un valor estimulante del corazón y de la respiración, hay muchas circunstancias que contraindican su uso; tales, entre otras, cuando los riñones están comprometidos, cuando sobrevienen hemotisis en los tuberculosos, en las meningitis, etc. Hasta en las mismas neumonias, una de las enfermedades en que más se ha usado, no se puede recetar el alcohol como rutina. Autores reputados aconsejan no usar bebidas alcohólicas para combatir los escalofríos, pues la propensión a coger una pulmonía se aumenta a causa de que el alcohol rebaja la temperatura del cuerpo y su poder de resistencia. Además, como con la morfina, hay que cuidarse de no crear el hábito. La sed alcohólica es insaciable y la tiranía del alcohol casi indestructible.

Los usos médicos del alcohol están bien definidos: Elixiris, extractos, tinturas, vinos medicamentosos, brandy y champagne para uso interno, pero sugetos a dosificación como cualquier otra droga. Para uso externo las fricciones estimulantes, la desinfección de una región en la que se vá a operar, y la de las manos del operador, resumen los casos del empleo de este agente.

Hay que convenir en que un movimiento, que es hoy mundial, y un asunto que ocupa a los científicos de los principales centros de civilización, no constituye un capricho infructuoso de unos cuantos morigerados alarmistas, sinó que se trata de algo serio que afecta hondamente a la humanidad. Entre otras, la Institución Carnegie de Washington está llevando a cabo en su Laboratorio de Nutrición extensos estudios experimentales que abarcan un vasto programa acerca de los efectos fisiológicos del alcohol. Los resultados, hasta ahora dados al público, son desfavorables al uso del alcohol, y éste concepto, siendo resultado de un trabajo científico, hay que suponerlo libre de toda sugestión o de espíritu de propaganda.

Razónece y combátase en buen hora con hechos documentados los inconvenientes de la forma de la ley; pero no se olvide que los médicos tenemos el deber de cooperar con el Estado en la evitación de que se produzcan hombres que aumenten el número de los desindividualiza-

dos, desocializados y degenerados, si está en nuestras manos evitarlo. Mientras subsista un deplorable estado de mentalidad por defectos de educación, que haga posible la intemperancia, la prohibición efectiva será ilusoria porque existen muchos medios de burlar la ley; pero nosotros los representantes de la ciencia de curar, no debemos, con nuestra conducta, hacer creer a los profanos que somos un efugio para burlar la ley, y, por el contrario, estamos obligados a condenar todo acto capaz de inducir oprobio sobre la profesión.

CASOS CLINICOS

Dr R. Vélez López, San Juan, P. R.

CASO NUM. 1.

Mujer de 54 años de edad, multipara de buena constitución con antecedentes de infecciones intestinales, (diarreas, colitis, gastritis); algo obesa, sufre un ataque doloroso que se localiza hacia el lado derecho de la región hepática; experimenta fuerte escalofrío seguido de elevación de la temperatura náusea y vómitos, con sudor generalizado Al examinarla, nos impresionamos en el sentido de que se trataba de una colecistitis, tal vez calculosa y supurada, constatando una zona de induración bastante extensa, sobre el punto correspondiente al reservorio biliar; había una notable sensibilidad provocada a las más suave presión, lo que nos puso en camino de pensar en la posibilidad de una peritonitis enquistada de origen cístico. El estado general de la enferma era grave y se podía observar en su rostro la acción que la toxenia estaba determinando en su economía, siendo el sistema nervioso, el más deprimido. Requerido un compañero cirujano para considerar el caso, fué acuerdo trasladar la enferma a una clínica y al siguiente día y bajo anestesia general después de disponer algunos tónicos generales y una proctoclisis con la solución salina normal, procedimos a la abertura del vientre, rodeándonos por supuesto, de todas las condiciones que nos exige la práctica aséptica de las operaciones.

Al descubrir los órganos abdominales de la región, pudimos obser-

var que una gran bolsa se mostraba a nuestra vista y explorando hacia la línea media, pudimos ver que la vesícula biliar se hallaba en completo estado de sanidad. El tumor se encontraba en pleno hígado, arrancando de su superficie inferior hasta el borde libre. Un verdadero absceso de paredes delgadas, algo denso que fué vasiado mediante aspiracnón, notándose al clavar la aguja, que chocábamos con un cuerpo duro.

Abierto el saco cuyo contenido era de aspecto purulento con algunas estrias sanguinolentas y de un color gris, pudimos comprobar la existencia de numerosos cuerpos duros, del tamaño de lentejas la mayor parte, algunos como garbanzos y que fueron retirados por arrastre con la cucharilla. Una vez bien limpia la cavidad y enjugada, procedimos a la colocación de un tubo de drenage como se practica en la colecistostomia, realizando esta vez una *hepatostomia*. El curso post-operatorio fué seguido sin accidente alguno, continuándose durante varios días la expulsión de bilis pura y cálculos, hasta que a los veinte días el tubo se desprendió, curando una semana más tarde en que fué dada de alta

CASO NUM. 2.

Varón de 53 años de edad con historia anterior de trastornos de la digestión gástrica, cólicos y ataque de ictericia. Pasaron varios años durante los que fué sometido a diferentes regímenes terapéuticos, obteniendo mejorías pasajeras; pero últimamente y habiéndose acentuado las molestias dolorosas y estableciéndose un cuadro de infección biliar, se decidió el paciente a someterse a la intervención quirúrgica.

Antes de realizarse el acto operativo, se sometió al paciente a una preparación, administrándosele una poción con lactato de cal. Practicada la abertura del vientre, se observa una gran distensión de la vesícula biliar de tamaño triple al normal, y explorando su contenido notábase que estaba representada por bilis pura; convenientemente preparado el campo operatorio, se procedió a la *colecistotomia*. Se evacuó una cantidad de bilis del color de la brea y se extrajeron unos sesenta y ocho cálculos muy pequeños, de color negro y bastante duros; se exploró la superficie mucosa de la vesícula hasta la pelvis y el conducto cístico y demás conductos-coledeco y hepático no observando obstrucción en dichos puntos por lo que resolvimos practicar la colecistostomia. El hígado se hallaba en un estado de congestión bastante manifiesta y algo aumentado de volúmen que justificaba los síntomas de colangitis observados anteriormente; el aspecto de la vesícula nos explicaba los dolores producidos por la distensión y la existencia de los cálculos eran la prueba inequívoca de la infección biliar.

Este paciente fué lentamente recobrando su estado normal hasta que al fin se vió libre de toda molestia y actualmente se encuentra ágil,

contento y animoso, contra su estado anterior de abatimiento, tristeza y abandono que infundía serios temores a sus familiares y amigos. En este caso el tubo se desprendió a los ocho días lo que apreció como un accidente desagradable no por temor de complicaciones peritoneales porque a esa fecha es indudable que el tunel se había constituido para dar paso a la bilis, sinó porque la prematura dehiscencia del tubo daba lugar a un desbordamiento exterior de bilis que inhundaba apósitos y ropas y esto era muy molesto para el enfermo. He creido más seguro fijar con un punto de seda el tubo al saco biliar y continuar las demás sutras en bolsa con catgut para evitar esa molestia.

CASO NUM. 3.

Varón de 52 años, buena complexión, sin antecedentes de sífilis, alcohol ni afecciones infecciosas del tubo intestinal, solamente padeció mucho tiempo de astricción de vientre, y dos años antes sufrió contusiones varias en distintas partes de cuerpo, herida en la cara con fractura de los huesos propios de la nariz en un accidente de automóvil. Comenzaron las molestias por dolores en el epigastrio que irradiaban hacia la espalda durando estos fenómenos por espacio de unas dos semanas notando también náuseas y vomitando algunas veces. Le administraron unos purgantes y un día el enfermo experimentó escalofríos intenso seguido de fiebre alta y sudoración repitiéndose en intérvalo de algunas horas y continuando así durante más de diez o doce días que solicitó la visita de un facultativo.Fué sometido a la acción de las sales de quinina durante cuatro días; pero aunque los síntomas habían disminuídos en intensidad y frecuencia, sin embargo el paciente se sentía muy decaído, falto de energías notando a la vez reducción de la cantidad de orinas, siendo estas muy espesas y obscuras. En estas condiciones el enfermo ingresó en la clínica presentando un tinte bastante manifiesto en las exclerótica y piel.

En la orina se determinó la presencia del pigmento biliar y trazas de albúmina.

Sometido a un tratamiento purgante por calomel, seguido de un salino y administrándosele un gramo de urotropina, varias dósis; bicarbonato de sodio y dieta láctea, completando con enemas fríos altos, continuamos nuestra observación, habiendo presenciado tres días después un nuevo ataque con escalofríos, fiebres de 39, pulso frecuentes y sudor intenso.

El examen de la sangre reveló una leucocitosis con 70 polinucleares por ciento.

Preparando convenientemente al paciente, se sometió a la intervención que se practicó al siguiente día encontrando la vesícula biliar bas-

tante aumentada de volumen, y con adherencias al epiplon y colón, había indudablemente infección biliar y colecistitis, procediéndose a practicar una colecistostomia.

El curso post-operatorio fué admirable; a los 20 días, el enfermo se levanta al sillón y un mes luego, sale de alta curado de su ictericia.

Otros casos—cuatro más—pudiera describiros, pero el tiempo no me ayudó para hacer el trabajo y no quiero cansaros con otra descripción.

Debo deciros que aun cuando en el programa se lee "Colecistostomia y Colecistectomia"—tema nunca viejo y que ya ha sido considerado en variras sesiones de nuestras asambleas, yo no he concurrido precisamente a tratarle y sí me he encargado de llenar el turno por ausencia de nuestro compañero ausente, Dr. Perea, y me aprovecho de esta ocasión para expresar la conveniencia, la necesidad, la utilidad de practicar con frecuencia la laparotomia por las sorpresas que por su medio nos ofrece la clínica pudiendo así intervenir a tiempo en casos de estrechez intestinal, lesiones del estómago y vías biliares que no se nos había revelado o hecho ostensibles por la sintomatología o por una minuciosa exploración rísica.

La terapéutica del cáncer es quirúrgica; pero debemos practicarla muchos antes que el cáncer se establezca y nosotros podemos con los poderosos medios que la asepcia y los preceptos técnicos nos ofrecen estar presentes en esos momentos precursores del estado de inoperabilidad, realizando valientemente una intervención con facilidad hoy y que mañana nos sería imposible.

En las neoplasias primitivas del labio, mamas, cuello del útero, ano, píloro, vesícula biliar, intestinos, etc., debemos adelantarnos al momento en que se nos revelan con toda su desastrosa apariencia, pues para estos momentos, para estos casos no puede estar la cirugía dispuesta a realizar su obra de coservación y utilidad.

La colecistostomia y colecistectomia, son operaciones relativamente antiguas que obtuvieron hace 35 años o más, numerosos éxitos y en la actualidad es casi nula la mortalidad cuando ellas se realizan cumpliendo indicaciones precisas. Son intervenciones salvadoras y debe multiplicarse cada día, pues a medida que nos internamos más y más en las espesuras de la clínica, los conocimientos técnicos de terapéutica quirúrgica que poseemos; sus más sencillas prácticas, podemos aplicarlas con diferentes objetivos ensanchándo así el cambio de las iniciativas personales y dilatándose a la vez el radio de acción biehechora de aquellas, cuando ellas se dirigen certeramente y se realizan con la precisión y los cuidados de que han de depender el éxito y la salud de nuestros enfermos.

Una colecistenterostomia en un cáncer de la cabeza del páncreas es una indicación capital, vital.

La misma colecistostomia constituye un recurso salvador en muchos casos de congestión hepática y puede detener, a mi me lo parece el avance de las cirrosis dando curso amplio a la bilis que se encuentra retardada en su movimiento, y esa misma condición de éxtasis biliar prepara y favorece el desarrollo de la infección. Establecido el drenage de la vesícula, además de la desinfección que se realiza, el órgano hepático se descongestiona y la célula cumple en mejores condiciones sus funciones múltiples.

La colecistectomia que se realiza cuando nos encontramos con una obstrucción permanente del conducto cístico o las codiciones vitales de las capas de la vesícula se ha modificado notablemente convertido este órgano en un anexo inservible por estar además ulcerado y ser asiento de enclavamientos múltiples de cálculos que llevan casi el elemento infectivo, requiere una codición previa y es, la franqueabilidad del conducto colédoco para que la bilis pueda salvar con regularidad y sin obstáculo alguno su descenso al duodeno.

La exploración por medio del cateterismo de las vías biliares constituye una operación delicadísima que no puede sometérsela a una técnica determinada, pues han fracasado las más de las veces cuantas tentativas se realizan para verificarla deponiendo el éxito muchas veces de la casualidad, y obteniéndose el objetivo, si las condiciones de amplitud de dichas vías y la laxitud de los órganos, sobre los que se implantan han desfavorecer las maniobras delicadísimas que son necesarias para realizar la exploración.

Por medio del tacto podríamos darnos cuenta recorriendo con el dedo los conductos de arriba a bajo y hasta podríamos llegar a la práctica a una incisión sobre el colédoco y utilizar esta brecha con el fin exploratorio.

En el año de 1882 Fauro decía: "Cómo llevar a cabo una operación precoz siendo así que resulta casi imposible el diagnóstico de la enfermedad, sobre todo al principio, *precisamente* en el *período favorable?* Es, pues, insoluble el problema o no tiene por mejor decir que una sola solución. Esta solución es la laparotomía exploradora extremadamente pronta practicada al principio del mal, al menor síntoma, a la menor sospecha de una afección vasicular crónica. Pero todas las cosas llegan a su tiempo y no hemos llegado aún a la época en que así se proceda".

Después de 37 años ha llegado la época vaticinada y no en estos instantes sino que ya desde varios años ha, se realiza la laparotomia exploradora con determinaciones diagnósticas cimentada en los preceptos de la

asepsia y mantenida por una decisión firme que sostiene y refuerza una convicción firme de la inocuidad de la operación coronada por otra parte por éxitos no obtenidos, si hubiéramos de permanecer inactivos concretándonos únicamente a ser nuevos expectadores del desarrollo insidioso de las neoplasias viscerales.

NECROLOGIA

SIR WILLIAM OSLER

La clase médica acaba de perder una de sus figuras más ilustres con el fallecimiento acaecido en la persona de Sir William Osler. El doctor Osler estaba colocado por sus trabajos en el pináculo de la profesión médica. Sus contribuciones a la literatura médica incluían 130 títulos. Su manera de hablar, sus trabajos literarios, sus escritos revelaban una dicción maestra del inglés. Durante el largo período de su carrera, Osler recibió todos los honores que puede recibir un profesional de sus méritos y rango culminando últimamente esos honores, con la celebración internacional de su cumpleaño septuagésimo.

Esta celebración fué marcada por las felicitaciones y congratulaciones de todo el mundo médico.

La Asociació Médica de Puerto Rico se une al duelo médico internacional.

BIBLIOGRAFIA

The Health Officer, by Frank Overton, M. D., D. P. H. Sanitary Supervisor, N. Y. State Dept. of Health and Willard J. Denno, M. D., D. P. H., Medical Director of the Standard Oil Company. Octavo de 512 páginas con 51 ilustraciones. Editado por W. B. Saunders Company, Filadelfia y Londres.

El libro contiene todo lo que un oficial de Sanidad tiene que saber para que pueda cumplir fielmente con su cometido. Especifica de manera clara, que es, lo que tiene que hacer el oficial de Sanidad, como tiene que hacerlo, y el por qué debe de hacerlo.

Describe las varias actividades que tiene que emplear el oficial de Sanidad; sus relaciones con los Boards de Sanidad; con los médicos; con las organizaciones sociales y el público en general.

Describe los métodos que deben ser empleados en el trabajo de Sanidad; las diversas enfermedades y condiciones anti-higiénicas con que tiene que ver el sanitario y los principios científicos en que descanza la especialidad de la medicina preventiva. Se vé en este libro, la experiencia de sus autores, en sus largos años de trabajo de salud pública, tanto en regiones rurales, como en la gran población de New York. Aunque el libro se dedica principalmente a los oficiales de Sanidad, él se recomienda también, por su sencillo lenguage y formas técnicas, a los estudiantes, a las enfermeras sanitarias, miembros de boards de Sanidad, trabajadores, profesores y para todo aquel interesado en trabajos de Sanidad pública.

Contiene 44 capítulos donde tratan de asuntos como organización y poder del oficial de Sanidad; el oficial de Sanidad en su persona; el público y el oficial de Sanidad; el médico y el oficial de Sanidad el código local de Sanidad; publicidad y educación; bacteriología; inmunidad; epidemiología; el manejo de un caso de enfermedad contagiosa; viruela, difteria, fiebre escarlatina, enfermedades venéreas, tuberculosis, etc., etc.

Otros capítulos no menos interesantes son los que tratan de la extensión de la vida; higiene del niño; higiene industrial; ingeniería sanitaria; sanidad de los alimentos, etc., etc.

El libro abarca todo lo que se pueda obtener en una obra que trate de asuntos de Sanidad; es meritoria y altamente recomendable.

Diet in health and disease, by Julins Friedenwald, M. D. Professor of Gastro Enterology in the University of Meryland, School of Medicine and College of Physicians and Surgeons, Baltimore; and John Ruhrah,

M. D., Professor of Diseases of Children in the University of Meryland and College of Physician and Surgeons, Baltimore. Fifth edition.

Octavo de 919 páginas. Filadelfia y Londres. W. B. Saunders Company 1919.

Los autores de este libro se han esforzado a dar a la obra de una manera completa, los variados asuntos relativos a la composición de los alimentos; a indicar hasta donde ha sido posible, en el espacio de un volúmen, las bases científicas (donde haya alguna) de las variadas dietas; y dar al mismo tiempo indicaciones prácticas y listas de dietas que puedan ser usadas sin necesidad de estudio intenso. Un buen número de nuevos artículos han sido añadidos a esta quinta edición, entre ellos tales, como el que trata de las vitaminas; amido-acidos; el ácido y el alcalis como contenido en el alimento; relación del alimento con la superficie de la piel; los grados de la leche y sus componentes; la dieta de Sippy en las úlceras pépticas y otros asuntos todos muy interesantes.

Una gran parte del volúmen está dedicado a estudios como la alimentación del niño, la alimentación rectal, la diabetis, obesidad, acido is, la cura de Karell, enfermedades de los riñones, la pellagra y enfermedades de la deficiencia. La obra se recomienda por sí sola, tanto para el pediatrico, el práctico general y el cirujano.



(

SUMARIO



Páginas.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

PUBLICADO TRIMESTRALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XIV MARZO 1920 NUMERO 125

TEÑIDO RÁPIDO DE MUESTRAS DE SANGRE PARA LA INVETIGACION DE PLASMODIAS DE LAVERAN (1)

Dr. P. Gutiérrez Igaravídez, Director del Instituto de Medicina Tropical

En nuestro trabajo leído en la Academia de Medicina de Puerto Rico y publicado en el volúmen primero de las Publicaciones e informes del Instituto de Mediena Tropical e Higiene de Pto. Rico, bajo el título "Fórmula leucocitaria e imagen sanguínea obtenida en 100 casos de malaria", anunciamos que nuestro propósito en la expedición llevada a cabo por el Instituto a fines del año 1914 y principio del 1915 en el pueblo de Barceloneta, fué el siguiente:

1.—La investigación del índice malárico de aquella zona.

2.—Conocer el tanto por ciento de personas que sufrían de fiebres producidas por el parásito de Laverán, con la consiguiente clasificación del tipo del hematozoario.

3.—Escoger la técnica más sencilla para el teñido rápido y demostrativo de las variedades de las plasmodias.

4.—Obtener la fórmula leucocitaria y la clasificación neutrofílica ideada por Arneth, en un número de casos de infección palúdica.

La presente nota viene a cumplir otro de los enunciados del anterior programa; esto es, el "Teñido rápido de muestras de sangre para la investigación de plasmodias de Laverán.

El teñido de muestras de sangre para la exploración de los protozoarios del paludismo ha solicitado la atención de muchosinvestigadores y numerosas tentativas de coloración se han hecho desde que estos organismos fueron sorprendidos por la paciente investigación de Laverán.

Independientemente del colorante usado, los métodos puestos en práctica así como las técnicas seguidas, han buscado el procedimiento más

[1] Trabajo presentado ante la sesión científica de la Asamblea Anual de la Asociación Médica de P. R., Diciembre 20, 1919.

rápido dentro de la mejor definición estructural del agente investigado. Claro es que no siempre se han podido hermanar estas condiciones, y que según haya sido el propósito así se ha sacrificado el tiempo a la claridad y al detalle de la imágen o la delicadeza de esta a las premuras del momento clínico. En otros términos; cuando se persigue la sola finalidad diagnóstica lo que apremia es el tiempo; pero cuando se interesa el estudio morfológico del hematozoario en las distintas fases de su desarrollo, las características de la especie, los cambios que su presencia origina en los elementos sanguíneos entonces, el tiempo es factor secundario y la técnica de elección debe ser aquella que de manera delicada ponga de relieve las finas estructuras celulares.

Hay, como se ve, dos procedimientos a seguir: uno rápido, otro lento. Uno que lo demanda la clínica con el urgente imperativo de un diagnóstico, otro que lo solicita la investigación para fines de taxonomia, de morfología y de evolución.

Ahora bien; para uno u otro procedimiento hay que elegir determinado agente tintóreo y cuando se han de servir los intereses clínicos ha de buscarse un colorante o mezcla de colorantes que reuna tres condiciones esenciales: fácil obtención, fácil preparación, fácil manejo a fin de que, en cualquier circunstancia, pueda el médico resolver con el reactivo elegido el problema de diagnóstico planteado en la lámina de sangre seca.

Creemos haber empleado la mayor parte de los colorantes de que se han valido los distintos investigadores, desde las primeras tentativas de Laverán hasta las recientes coloraciones de Tribondeau. Hemos preparado, personalmente, las bases de Borell y los cosinatos de azul de metileno para hacer nuestros tintes de Jenner, Wright etc. Hemos puesto en práctica las técnicas lentas y los métodos rápidos, entendiendo por método rápido aquel que se verifica por medio de reactivos que fijan y coloran a un tiempo mismo, pues todo lo que sea fijar previamente la sangre en la lámina para hacer actuar más tarde sobre ella la solución tintorea no es, a nuestro juicio, un teñido rápido. Y después de una dilatada práctica en la ciudad y en el campo, ya en el laboratorio de instalación permanente con todos los recursos a nuestro alcance y la más completa colección de sustancias colorantes que lanzaron al mercado las casas de Alemania, de Inglaterra y de Francia, o ya en la tienda de campaña de nuestras expediciones al interior de la isla, acompañados de nuestro microscopio plegadizo y de la caja de reactivos de urgencia, luego de haber teñido innumerables muestras de sangre para el diagnóstico parasitológico del paludismo, hemos llegado a la conclusión de que la simple mezcla de las simples soluciones alcohólicas de azul de metileno y de eosina, según la técnica de Tiedmann que nosotros aplicamos con ligeras modificaciones, re-

suelve de manera satisfactoria el teñido rápido de los hematozoarios, sirviendo de paso para una coloración perfecta y diferencial de los distintos elementos celulares de la sangre.

Todo lo que necesitamos para proveernos de este reactivo es lo siguiente:

Azul de metileno: eosina: alcohol metílico. Todos estos productos pueden hallarse en cualquier mercado y a un costo mínimo.

La preparación del reactivo es simplicísima. No hay más que hacer una solución de azul de metileno en alcohol metílico al 1% y otra separadamente de eosina en el mismo medio y a idéntica titulación. Estas soluciones deben conservarse en frascos obscuros para prevenir la alteración que la luz viva de los trópicos opera en todos los colorantes y conviene usar frascos de tapón esmerilado o si se emplean tapones de corcho parafinar éstos para evitar la evaporación.

Hechas estas soluciones estamos en disposición en todo tiempo de preparar el reactivo que lo haremos de esta manera:

Mézclense en un frasco perfectamente seco y previamente lavado con alcohol metílico, 10 gramos de la solución de azul de metileno y 10 gramos de la solución de eosina, agregánsele a la mezcla 10 gramos de alcohol metílico, lo que nos dará un contenido de 30 c.c. bastante para el servicio de un pequeño laboratorio o dispensario. Claro es que a medida que las exigencias de la clínica lo demanden se irán reponiendo por nueva mezcla los 30 c.c. recomendados o se mezclarán originalmente mayores cantidades en la proporción indicada.

Obtenido el reactivo la técnica que seguimos es la siguiente:

La lámina de sangre extendida en capa fina o en capa gruesa. se deja secar al aire y una vez seca, sujetándola con una pinza de Cornet u otra cualquiera, o dejándola descansar sobre dos barillas de cristal o sobre los bordes de un vaso pequeño, se vierten sobre ella 10 o 15 gotas del reactivo y se le agregan *inmediatamente* 20 o 30 gotas de agua filtrada neutra. Se balancea ligeramente la lámina para obtener la mezcla completa de la solución alcohólica y del agua y se espera para que se realice la disociación e ionización del colorante un minuto y medio, contado desde que se dejan caer las gotas del tinte. Transcurrido este tiempo se lava rápidamente en agua la preparación, se seca con el papel chupón quedando lista entonces para examen.

Al hablar de la lámina estamos refiriéndonos al porte-objetos, pero esto mismo puede hacerse y se hace con los cubre-objetos impregnados de sangre. La sola diferencia consiste en gasto menor de tinte, en uso indispensable de una pinza y en que, para ser observada la preparación en el microscopio, se requiere que este cubre-objetos se lleve a un porta-obje-

tos adhiriéndolo con bálsamo de Canadá o simplemente con el mismo aceite de inmersión: en otros términos montar la preparación como se dice en técnica de micrografía.

En una u otra circunstancia la fijación y teñido de la sangre se verifica en un minuto y medio. Ahora bien, para obtener una buena coloración hemos dicho que agregamos a la solución alcohólica puesta sobre la lámina, doble cantidad de agua neutra y es porque nos ajustamos a la ley conocida: *pigmenta non tingunt nisi aquosa.*

Pero no es necesario que el agua usada sea destilada como se ha exigido y se exige para todos los tintes que se han derivado del procedimiento original de Romanowsky.

El agua que usamos es agua filtrada, o agua de lluvia recogida en cisterna o en cualquier recipiente, agua que, desde luego y esto es lo importante sepamos qué reacción tiene porque de la fuente de donde la tomamos, puede venir ácida o alcalina y a nuestro propósito interesa esencialmente que sea neutra, supuesto que por las bases alcalinas tienen mayores apetencias los protoplasmas celulares.

Pero la averiguación de esto es asunto muy sencillo y factible en cualquier circunstancia y al alcance de cualquier persona.

Todo consiste en seguir el procedimiento utilizado en el Instituto de Medicina Tropical de Hamburgo por Schilling Torgau y que consiste en la prueba de la hematoxilina.

Langeron, posteriormente, emplea como indicador una solución alcohólica de hematoxilina al 1%.

La técnica recomendada y que nosotros empleamos con alguna modificación es la siguiente:

Usamos dos tubos de ensayo corrientes: los lavamos repetidas veces en el agua cuya acidez hemos de probar: retenemos, hecho esto, 10 c.c. de dicha agua en cada tubo. Agregamos a uno de ellos una pequeñísima cantidad de polvo de hematoxilina y observamos moviendo ligeramente el tubo, la coloración que toma el agua. Si ésa es amarillenta el agua es ácida, si es de un color violeta intenso el agua es alcalina. Entre estos dos términos de comparación un tinte violeta suave cumple a nuestro propósito, porque es el qoe corresponde al agua neutra.

Conocida la acidez del agua, que es la reacción que debemos evitar, procedemos a neutralizarla agregando algunas gotas de una solución de bicarbonato de sodio al 1% al tubo testigo y dejamos caer luego otra cantidad pequeña de hematoxilina. Comparando los tubos podemos ir viendo el cambio que se opera en el que va recibiendo la solución.

Por un ligero tanteo, que la práctica muy rápidamente enseña, cual-

quier agua de lluvia podrá servir para el caso con la agregación de la solución bicarbonatada dicha.

Con este procedimiento de teñido se revelan todas las formas de plasmodias y otros parásitos de la sangre y se tiene un reactivo para el estudio de la fórmula leucocitaria.

No tiene, pues, el clínico que conozca los parásitos de Laverán, que apelar a ninguno de los costosos tintes, ni tomarse la molestia de intentar hacer las engorrosas preparaciones de que hablan los libros o publican los periódicos, que las más de las veces fracasan por detalles imposibles de observar no ya en localidades pequeñas sino en centros de alguna importancia.

El clínico se desanima y, o se ve obligado a enviar sus maestras para ser examinadas a laboratorios distantes de su residencia, o renuncia a un elemento diagnóstico absolutamente indispensable en las pirexias de los trópicos como es la presencia o la exclusión de los hematozoarios de Laverán.

Por lo que a nuestra isla se refiere estamos en disposición de teñir por este procedimiento cuantas muestras se nos remitan y devolverlas a los compañeros interesados para que corroboren la claridad de la preparación.

DEIDAD, CONDIMENTO Y REMEDIO

Dr. F. del Valle Atiles

Así como en Cirugía existe un progreso notable entre las maravillas quirúrgicas de nuestro tiempo y los procedimientos antiguos, así también en Medicina hay un enorme avance entre los métodos modernos de tratamiento médico de las enfermedades y los usados en pasadas épocas; no obstante, a las veces ocurre, en terapéutica, que drogas olvidadas, vuelven a ser consideradas útiles y dignas de ensayo; tal es el caso con el ajo, motivo de este artículo.

Sabido es que la familia de las Liliaceas, comprende entre las plantas medicinales, alimenticias y de adorno, agrupadas bajo tal apelativo, al ajo común, *Allium Sativum* que tiene valor alimenticio en calidad de condimento y goza de virtudes medicinales, como los aloes y zarzaparrillas, pertenecientes al mismo orden natural, en la clasificación de Linneo.

Refiere Plinio, el naturalista, que el ajo y la cebolla eran invocados por los Egipcios como deidades, al prestar juramento; pero éste particular y su uso en la alimentación, conocido desde los más remotos tiempos,

no haremos sino mencionarlos, siendo sólo nuestro propósito recoger en este artículo algo de lo q. se ha opinado acerca del ajo como remedio, pues en un escrito reciente hemos leído tales virtudes curativas atribuídas a esta planta vulgar, que si se confirmn, la harían ocupar en la terapéutica moderna el lugar prominente que ocupó en tiempos de Galeno.

En la revista *Therapeutic Digest,* de Enero último, aparece, bajo el título de *Therapeutic Effects of Garlic,* el extracto de un trabajo del Dr. W. C. Michin, publicado en el *Practitioner,* en el cual se afirma que probablemente no existe mencionada en farmacopea alguna, droga de más valor que el aceite de ajos, que, en virtud de sus constituyentes muy volátiles, es un antiséptico de primer orden, siendo su poder penetrante tan notable, que diez minutos después de friccionar con él la piel sana, se nota en el aliento su olor característico.

Recomienda este autor que se le ensaye en las fiebres tifoideas y análogas en dósis de 15 c.c. a 24 c.c. del jugo fresco en caldo o en otro fluído similar cada 4 o 6 horas; en los niños menores de 12 años, la dósis sería de 2 c.c. en sirop.

En la diarrea infantil ha sido recomendado por Cook, y en la difteria, dice Michin, que actúa muy bien si no se usa muy diluído; recomienda como buen plan instruir al paciente de que tenga en la boca una porción del bulbo de un ajo y lo masque de vez en cuando para hacerlo expeler un poco del jugo; al cabo de 3 o 4 horas es cosa corriente hallar que las membranas han deaparecido de las amigdalas, que el enfermo se siente mejor y la temperatura desciende. El jugo fresco diluído en igual volúmen de agua, puede emplearse en pulverizaciones. La sépsis de la garganta cede rápidamente a la acción local del ajo.

En la tos-ferina los adultos hallan alivio rápido después de inhalar tres o cuatro horas cada días el aceite de ajos y los niños mejoran ingiriendo cada 4 horas de 1 c.c. a 2 c.c. de zumo fresco de ajo en sirop.

En la tuberculosis sería también un remedio importante, según Mc Duffie, y Cavazzani, de Venecia, quienes han comprobado en experimentos hechos en conejillos de indias, que el ajo tiende a prevenir el progreso de la infección tuberculosa.

Las picaduras de avispas se tratan bien con ajo, y el Ozena y la Otorrea ceden a lociones de una parte de zumo de ajos en seis de agua destilada. Las úlceras, sépticas, por decúbito y gangrenosas se limpian con rapidez curándolas con un unguento de ajos a base de petróleo, o con una solución al uno por ciento. Una pomada fuerte de ajos dá buenos resultados en el antrax, carbuncos y forúnculos. En la gota, una cápsula de 0.12 c.c. o 5 c.c. de zumo fresco actúa bien, probablemente como un antiséptico intestinal. En las quemaduras el 20% de jugo de ajos filtrado, añadido al linimento

oleo-calcáreo sirve para curarlas. El ajo sería un buen remedio en la bronquitis capilar, en las bronquitis fétidas, bronquectasis y en algunas formas de asma. La exhalación de los ajos impide que los insectos piquen, especialmente las garrapatas.

He aquí brevemente resumido el extracto del artículo del Dr. Michin; ahora bien el valor medicamentoso del ajo se halla consignado en muchas obras de reputados médicos, de algunas de las cuales conviene reproducir lo que dicen concerniente a este asunto; pues, sin acoger con entusiasta fruición todo lo bueno que del ajo se ha escrito, creemos que debe ser conocido, porque es muy posible que en ello hallemos alguna utilidad.

No conviene ser escépticos en materia de medicamentos, ni oir con indiferencia los relatos de curación de tal o cual caso, atribuída a una planta, desconocida en la terapéutica oficial; tenemos en Puerto Rico un extenso campo de estudio en este ramo de la ciencia de curar, y ojalá dispusiéramos de los elementos necesarios para la comprobación hospitalaria de aquellos agentes curativos cuyo uso racional nos aconsejara una investigación clínica y de laboratorio. Acaso se confirmara la eficacia de algunas plantas usadas empíricamente por el pueblo. Un hospital anexo al Instituto de Enfermedades Tropicales, completaría sin duda la eficiencia de esta institución y serviría a este propósito.

El Dr. Dujardin Beaumetz en sus *Lecciones de Clínica Terapéutica*, refiriéndose al pulmón como órgano de eliminación de las sustancias volátiles, hace mención del ajo, el cuál, según Bouillon-Legrange, contiene mucílago, azúcar, azufre, sales y un aceite volátil acre amarilloso de un sabor fuerte.

La esencia de ajos o sulfuro de dialilo, estudiada por Cadet, Foureroy, Vanquelin y especialmente por Werthrein se obtiene, dice Dujardin, destilando el ajo en agua. El ajo, añade, ha sido empleado como estimulante, febrífugo, febrígeno, vermífugo y diurético contra las hidropesías por Forestier, Bartholin, Cullen y Sydenhan; contra la coqueluche por Dewies, contra las fiebres tifoideas, el tifus, la podredumbre de hospital, el cólera, la rabia, la mordedura de las serpientes por Bajón, contra el tétano por Valentín. Las hojas se aplican, en Sumatra, como vesicantes, según Marsden. Los bulbos pelados se han usado como rubefacientes y vesicantes. Las formas en que se emplea al interior son: en decocción 4 a 15 gramos por 500 de leche o de agua; sirop 50 a 60 gramos en poción, zumo 25 o 30 gramos en poción o en píldoras; tintura alcohólica 10 a 15 gramos; oximiel 30 a 60 gramos en poción; vinagre 5 a 20 gramos en 100 de tisana. Al exterior se usa en lociones y fumigaciones. Por

último entra en la composición del vinagre antiséptico, llamado de los *cuatro ladromes.*

En el *Diccionario de Medicina* de E. Litre y Robin se describe el bulbo del ajo entre los estimulantes; aplicado, sobre la piel produce rubefacción, vexicación y ulceración; forma parte de los componentes para preparar cataplasmas madurativas y sinapismos con el objeto de hacerlos más excitantes.

Al interior se emplea como vermífugo en infusión en leche.

También C. Bouchut y A. Despres en su *Diccionario de Medicina y Terapéutica* consideran el ajo como estimulante y vermífugo, especialmente usado en enemas contra los oxiuros. Le atribuyen una acción resolutiva en los tumores indolentes empleado en cataplasmas y unido al aceite u otra grasa.

Como calmante le reconocen un buen poder sedativo de la tos de los tuberculosos, y de utilidad para combatir los sudores en esta enfermedad, sudores que haría desaparecer en algunos días.

Según H. Nothnagel y M. J. Rossobach lo consignan en sus *Nuevos Elementos de Materia Médica y de Terapéutica,* el *sulfuro de dialilo* es el elemento principal del aceite etéreo obtenido por la destilación acuosa del ajo, y su acción sería igual a la de la mostaza aplicada sobre la piel y las mucosas. En dósis pequeñas puede mejorar el apetito.

En enemas es usado contra los oxiuros vermiculares en dósis de 5 a 10 gramos por cada ayuda.

En el tratado de *Terapéutica* de *A. Trousseau* y Pidoux se habla del ajo como de un rubefaciente enérgico, preconizado contra el cólera y la rabia. Se administra en jarabe, forma muy usada en los Estados Unidos, según estos autores.

A. Gubler en sus *Comentarios Terapéuticos* dice a propósito de la acción fisiológica, de este agente terapéutico, que el principio volátil del ajo hace correr las lágrimas y puesto en contacto con la mucosa bucal estimula la secreción de la saliva. Sobre la piel actúa, como las cantáridas, y en el estómago obra como excitante; llevado a la circulación procede como estimulante difusivo poderoso muy útil, especialmente, para combatir los efectos de los venenos y agentes hipostenisantes.

La esencia de ajos sufre una modificación en la circulación sanguínea, y la nueva sustancia que se origina, está dotada de una fetidez repulsiva que se nota en el sudor y en el aliento.

La acción sobre la mucosa del recto provocadora de una reacción general fué conocida por el pueblo desde remota época: bien sabido es que un grano de ajo puesto en el recto, era el medio de que se valían los sol-

dados para simular una fiebre efémera, cuando querían eximirse por algún tiempo del servicio.

En cuanto a los usos médicos del ajo, Gubler señala el de ser irritante local y revulsivo, agente antiséptico en las moldeduras de los animales venenosos y vermicida conrta los oxiuros.

Se le ha usado al interior para combatir el escorbuto y en calidad de antídoto de los venenos depresivos. Es un remedio popular contra el asma, acercándose sus efectos a los de la asafétida. Los Indus se servían del ajo para curar las intermitentes, y Celso lo recomendó con igual fin. Se le asigna valor diurético y anticatarral.

Entra en la composición del *Vinagre de los cuatro ladrones* que se usó como profiláctico de las enfermedades contagiosas, como estimulante de la pituitaria en casos de síncope, y como antiséptico.

Dice F. Husemann en su *Materia Médica* que en Oriente se emplea el ajo, crudo o cocido, en vapor de agua, como derivativo en el reumatismo. En el Sur de Francia se usa el ajo, por el vulgo, para prevenir la embriaguez.

En el *Médico Botánico* de R. de Grosourdy, el ajo común se indica como un remedio vulgar doméstico contra las lombrices, con poder vermicida bastante marcado; y el Dr. A. Michel, de Avignon, dice haberlo empleado con éxito contra el cólera. La acción rubefaciente, la estimulante del estómago, su benéfico influjo en los catarros pulmonares, el asma y las fiebres intermitentes así como su valor litotríptico, antiescorbútico y antihelmíntico son también señalados.

Dice Grosourdy que nuestras campesinas utilizan el ajo contra las lombrices, haciéndolo comer a sus hijos en rebanadas de pan untadas, o puesto en agua de azúcar o en vino blanco. También lo aplican sobre el vientre mezclado con aceite de cocos en fricciones y por la vía respiratoria en inhalaciones; ésta última práctica es popular en otros países como lo indica el colgar del cuello un collar de ajos; posiblemente el poder penetrante de que habla Michin dá alguna justificación a esta costumbre a primera vista ridícula. Tal vez al fuerte olor que despide el ajo, obedezca una antigua costumbre de untar con ajos las patas de la cama para alejar de ella los cienpiés.

En la obra de *Terapéutica Práctica* de H. A. Hare, también se le asignan al ajo propiedades estimulantes de la digestión; y una acción beneficiosa en los catarros pulmonares, cuando los tubos bronquiales están particularmente afectados; a los sinapismos con ajos, en igual forma lo considera útil, aplicado sobre la espina dorsal o los piés en casos de convulsiones cerebrales o espinales, y sobre el vientre en los catarros gastro-intestinales.

Hervido en leche o en emulsión se emplea como vermífugo, y también en el tratamiento del catarro crónico de los niños; pero no debe darse durante el período febril. Por último el zumo de ajos actuaría favorablemente en los vómitos nerviosos.

Creemos que basta con lo que hemos transcrito para convencernos de que no es una apreciación infundada la de considerar al ajo como un agente terapéutico digno de ser ensayado.

Desde luego que hoy disponemos en la difteria y en otros enfermedades de métodos curativos más seguros, pero eso no es razón para abandonar el empleo terapéutico de sustancias que pueden ser útiles en algunas enfermedades especialmente ya que tantos autores convienen en que puede serlo como ocurre con el ajo en los trastornos intestinales, catarros, parásitos intestinales, etc., sobre todo cuando la economía lo aconseje, o la falta de otros agentes medicamentosos lo impongan.

Repetimos lo antes dicho. En terapéutica no se puede ser escéptico, y. sin perjuicio de tratar las enfermedades de conformidad con los reales progresos de la ciencia, debemos no olvidar que en nuestro arsenal terapéutico, existen armas, que no por sencillas, dejarían en determinados casos de prestarnos servicios, con gran beneficio de los enfermos.

OTRO PELIGRO DE LOS RAYOS X. MODO DE EVITARLO

Dr. Julio Barreiro Lago, Médico Director y encargado de la sección de Radiología del Sanatorio del Auxilio Mútuo.

Todos sabíamos, los peligros que para pacientes y radiólogos, lleva aparejado el uso de los rayos X; por la acción intrínseca de las radiaciones emanadas de la ampolla sobre la piel, órganos hematopoyéticos, glándulas internas, sangre, etc., etc. a más de la acción funesta de las mismas sobre las células; generando lo que podríamos llamar "Epitelioma de los Radiólogos".

Sabíamos también (y la mayoría por propia experiencia) que en las salas de Radiología se reciben, aun procediendo con extrema prudencia, desde el pequeño efluvio eléctrico, hasta descargas molestas; de las cuales apenas hacíamos caso una vez pasado el accidente. Claro está, que no ignorábamos que una instalación como las que corrientemente usamos, era peligrosa, hasta para la misma vida, si nos poníamos al alcance de sus chispas; pero creíamos que conociendo bien el aparato, manejándole con prudencia y teniendo los medios de conducción bien protegidos, lo está-

bamos nosotros también; atribuyendo a descuidos nuestros el hecho de recibir una derivación más o menos intensa de la corriente.

Pero lo que no podíamos imaginar, era que un hombre que empezaba a encanecerse en el uso de estos aparatos, en cuyo manejo era uno de los primeros maestros del mundo; que el que dictaba reglas a la humanidad para el mejor uso y aprovechamiento de estos aparatos, el insigne Jaugeas, fuera a ser una de sus víctimas, demostrándonos al morir electrocutado en el uso de una simple radioscopia, con un aparato de lo más perfectos que la industria humana había puesto a la venta, e instalado con arreglo a todos los adelantos modernos en el Hospital Americano de Neuilly; que la protección que hasta la fecha usábamos en nuestras instalaciones era ilusoria y deficiente; y que el más prudente, el más avisado, el más práctico y más cuidadoso Roengenologo, podría encontrar la muerte, o matar a uno de sus pacientes o asistentes, aún trabajando al débil régimen que se emplea en Radioscopia.

Esta lección en cabeza ajena, dió origen en todo el mundo, a una revisión completa de las instalaciones y de los medios de protección, para evitar su repetición; y a tal fin y sin considerarlas como el *summun* de la previsión, copio a continuación traduciéndolo literalmente, un artículo aparecido en el "Journal de Radiologie et d'Electrologie" en su número de Enero del presente año.

Más tarde, y cuando haya terminado la protección de la instalación de los rayos X, que estoy haciendo en este Sanatorio, daré a conocer los medios de que me he valido, para ponerla al abrigo de accidentes.

"Precauciones a tomar en las instalaciones radiológicas intensivas por M. L. Gunther, Ingeniero Director de los Establecimientos Gaiffe, Gallot y Pilon, París".—*Journal de Radiologie et d'Electrologie No. XII.*—1919.

La catástrofe, que acaba de causar la muerte de uno de los radiólogos más estimados; y de los más competentes (Jaugeas) debe ser para todos una lección de prudencia, que acaba de mostrarnos de la manera más dramática, que las instalaciones radiológicas, se han ido convirtiendo cada día en más peligrosas a medida que fueron progresando en perfección y poder.

Todos, radiólogos y constructores, hemos recibido en el curso de nuestra existencia, descargas, frecuentemente duras, y algunas veces quemaduras, a las que hasta ahora no habíamos dado gran importancia. En este momento en que todos los espíritus están atentos, es nuestro deber decir, que las potencias de dos y tres Kilowatts, actualmente utilizadas en casi todas las instalaciones radiológicas, son superiores a la extrictamente necesaria para producir un accidente fatal; y que la posibilidad de este

accidente, se deriva sobre todo de las circunstancias mismas del contacto y de la duración del contacto.

En efecto, puede haber en las diversas modalidades de instalaciones, grados en la potencia; y por consiguiente en el peligro. Las instalaciones Coolidge, cuyo principio es funcionar sin resistencia intercalada en el circuito, y por consiguiente, sin otro limitador de potencial que el fluxible, son con las que las precauciones deben ser observadas lo más extrictamente posible. En efecto, aún a débil régimen, ellas presentan un peligro, por lo menos igual, a aquél de otras instalaciones, durante su funcionamiento en sus reglages más poderosos.

Los conmutadores giratorios provistos de auto-transformadores, tienen con las instalaciones Coolidge las más grandes analogías.

Los conmutadores giratorios provistos de rheostato de reglage, y las instalaciones con interruptor y bobina de inducción, presentan ciertamente un peligro menor, especialmente en radioscopia; pero en radiografía instantánea y en radioterapia profunda (sobre todo en la hora actual en la que se trabaja a veces con longitudes considerables de chispa en los bornes de la ampolla) el peligro reaparece de una manera casi idéntica cuando el rheostato de reglage queda fuera de circuito, en el curso de las aplicaciones.

Es pues necesario, examinar cuidadosamente cada instalación, para eliminar todas las causas de accidente que sea posible proveer.

Nosotros hemos reunido aquí, un conjunto de consejos que permiten a los radiólogos examinar por sí mismos sus aparatos y, si esto es necesario, llevar a ellos, desde ahora las mejoras que esta catástrofe reclama.

Comprobar que todas las armaduras metálicas de los aparatos de utilización, mesa, cuadro de distribución, y mando, pié soporte, y en particular el carro porta-ampolla y sus manivelas de mando, sean unidas a tierra de una manera seria; en caso de necesidad en dos sitios distintos, por cables flexibles de preferencia a los hilos rígidos que pueden romperse o desprenderse. Esta unión a tierra será hecha reuniendo las partes metálicas, sea a un aparato de calefacción central, sea a una canalización de agua.

Prohibir en las instalaciones Coolidge, las instalaciones en la que los hilos catódicos o anódicos no se arrollen sobre sí mismos por un resorte, de una manera cierta, como en los dispositivos especiales de alimentación Coolidge para chasis y mesas

Utilizar de preferencia para conducir la corriente a los aparatos hilos de gran aislamiento, pero no considerándolos como cables que pueden siempre sufrir sea por el tiempo, sea de una manera mecánica una avería, de tal suerte que las precauciones de aislamiento deben ser tomadas para este cable como si se tratase de un hilo desnudo.

Sea en casa de los médicos, sea en las salas de los hospitales es necesario impedir con barreras o por otro cualquier procedimiento, el paso de los asistentes por el lado de la conducción de la corriente.

Comprobar cuando hay trolleys, la solidez de los mismos, y a fin de evitar que una ruptura de los hilos no venga a poner el paciente o el médico en contacto con la alta tensión, es bueno colocar transversalmente al trolley (en dos o tres lugares, según la longitud) hilos metálicos, tendidos al través de la habitación, a 20 centímetros aproximadamente por debajo de los hilos del trolley uniendo previamente estos hilos a tierra. De otra manera una caída del cable del trolley, no puede hacerse sin que el cable sea puesto en contacto con el hilo de tierra.

Comprobar cuidadosamente las ligaciones del aparato productor de la alta tensión al trolley, y duplicar en caso de necesidad los medios de unión de manera que una ruptura del alma condutriz del cable, no lleve consigo aparejada la caída del conductor.

Comprobar cuidadosamente que el grosór de los fuxibles de la instalación sea proporcionada a la utilización máxima que el Dr. desee hacer del aparato a fin de que una sobrecarga pueda siempre hacer fundir el plomo, lo que podría en ciertos casos cortar automáticamente la corriente en casos de defecto de aislamiento a la tierra.

En los casos de radioterapia y en caso de necesidad en los de radiografía, en particular con las instalaciones Coolidge, cuando las extremidades de la ampolla quedan en la proximidad del paciente, a fin de evitar que un movimiento involuntario de esté último, lo aproxime suficientemente a dichas piezas metálicas, para que un arco salte entre él y el circuito de alta tensión, es extremadamente importante recubrir *completamente* el paciente con una gasa metálica, que debe estar reunido de la manera más perfecta a tierra, así como está recomendado para las piezas metálicas de los órganos de utilización.

Es igualmente interesante, el asegurar la inmovilización del paciente por los procedimientos habituales, sacos de arena por ejemplo, que eviten todo movimiento peligroso.

Cuando el aparato estuviese instalado en una habitación con el pavimento de madera ensamblado, en el cual ninguna canalización o ninguna calefacción, permitan con comodidad establecer la reunión con tierra, si la mesa sobre la que está el paciente acostado está exenta de partes metálicas, se podrá reunir la gasa metálica al borne-masa del aparato.

En todos los otros casos, será preferible ligar directamente todas las partes metálicas y la gasa a una tierra franca, que se conducirá a la sala de operaciones.

Evitar en las instalaciones, los dispositivos, en los cuales dos apara-

tos puedan ser ligados simultáneamente a una misma fuente de alta tensión.

No tocar jamás a las perchas de los trolleys, sin cortar antes la corriente en la instalación.

Hacer las instalaciones en salas suficientemente grandes para que el acceso al mueble pueda ser siempre posible, y que la ruptura de la corriente pueda efectuarse, aún por una persona extraña al funcionamiento del aparato.

No está por demás, duplicar el interruptor del aparato, con otro interruptor colocado en la pared, muy próximo a la entrada del gabinete Radiológico.

En caso de comprobación de la instalación, y en particular del mueble productor de la tensión, no contentarse con cortar el interruptor, sino cortar también la corriente en la toma de entrada.

Si el filamento de la ampolla no se enciende, o también si la lámpara testigo no alumbra, cortar la corriente primaria y desconectar la toma de corriente antes de toda comprobación. El circuito de la lámpara testigo o el circuito filamento, pueden en efecto presentar un mal contacto, lo que no impediría a la corriente de alta tensión de estar ligada a los aparatos de utilización.

Todas estas, no excluyen la prudencia en el empleo de los aparatos, porque es difícil de preveer lo que puede ocurrir en la complejidad de una instalación.

(La mayor parte de estos consejos han sido reproducidos en una circular reciente del Director de la Asistencia Pública de París, dirigida a todos los jefes de laboratorios de Radiología).

TRATAMIENTO DEFINIDO DE LAS NEUMONIAS, TRATAMIENTO DE LA INFLUENZA

Solomon Solis Cohen, M. D., Filadelphia, Pa.

El tratamiento definido de las neumonias es así llamado, porque se usan agentes definidos para definidos propósitos e indicaciones definidas.

El trabajo de laboratorio ha demostrado que el dibrohimidrato de quinino posee méritos excepcionales para su administración en las neumonias. Todos los derivados de las cinconas son poderosos germicidas contra los pneumococos, y todos ellos prolongan la vida de los animales experimentalmente infectados con gérmenes de la neumonia o envenenados con la pneumotóxima de Cole, o con los extractos de exudados pulmo-

nares de Cohen, Kolmer y Weis, desde dos a cuatro días más que los animales testigos similarmente infectados o envenenados. La quinina es usada a la par como un bactericida y como un agente antitóxico. Su valor fué establecido clínicamente mucho, mucho tiempo hace, la explicación se ha hallado sólo recientemente. La neumonia y la malaria ofrecen bajo este respecto (valor de las cinconas) un paralelismo cercano. Aquellos que niegan el valor de la quinina en la neumonia lo hacen a ciegas y por prejuicio. No la han experimentado y no pueden saberlo.

Experimentada por el método antiséptico de Kolmer, las sales de quenina matan las culturas de pneumococos de los tipos 1, 11 y 111 en soluciones de 1:20,000 a 1:200,000; el sulfato siendo el menos eficaz, y el dibromihidrato el más activo, ambos el bromihidrato y el dibromihidrato poseen la peculiar propiedad de ser más activos en suero que en solución salina. Mientras que los otros derivados de la cincona pierden su poder germicida del 10 por ciento (en los casos de las sales de quinina en general) al 80 por ciento (en el caso del etil hidro cupreina) cuando la experiencia se hacen con suero, en vez de la solución salina como medio de suspensión, el bromihidrato y el dibromihidrato aumentan su poder un 100 por ciento. Puesto que la acción en el cuerpo tiene lugar en un medio de suero o de algún fluído análogo se vé en seguida de cuanto valor terapéutico es esta particularidad de las sales de bromuro de quinino. Aparte de esto, aunque el cincomismo es casi desconocido en la neumonia lobar, no importa cuál sal de quinino se use, sin embargo, ocurre en un cierto número de casos de neumonias catarrales cuando los compuestos ordinarios de quinino se dan en dósis regulares, pero rara vez tiene lugar cuando se emplean los bromuros. También se puede prevenir asociando la ergotina a los compuetos de quinina; y la ergotina es por sí misma de considerable valor en las neumonias a causa de su acción sobre los vasos.

Las dósis deben ser grandes, pequeñas dósis son fútiles. Emplearlas es jugar con la droga, no usarla. El método ordinario es dar 25 granos de dibromihidrao de quinina por la boca tan pronto como se vé al paciente y repetir cada tres horas, 5 y 15 granos, según el efecto, indicado por la reducción de la temperatura. La reducción de la temperatura no es el objeto del tratamiento, pero es un indicador de la completa acción fisiológica de la quinina en un paciente febril.

Una dósis a menudo baja la temperatura desde 105 F. a la normal. En tal caso la dósis se reduce a 5 granos cada cuatro horas. Si, por el contrario, la temperatura sólo baja 2o., la segunda dósis debe ser de 15 granos, y la tercera, después de tres horas más, 10 granos y así según el efecto perseguido de mantener la temperatura del paciente al rededor de 100o. F. No se debe despertar a los pacientes para darles medicina ni tomarle la temperatura.

Los bromihidratos de quinina no son convenientes para inyecciones intramusculares, por no ser suficientemente solubles; pero pueden ser usados en inyecciones intravenosas en 0.5 al 1 por ciento de dilución en solución salina normal. La dósis entonces es de 10 a 15 granos en 100 a 250 c.c. de fluído salino caliente; las dósis subsecuentes serán dadas por la boca de igual modo que cuando la primera se ha administrado también por igual vía. La inyección inicial intravenosa debe ser usada cuando el caso es grave o cuando no se ha visto al paciente hasta el tercer día ó más tarde. Para inyecciones intramusculares el clorhidrato de quinina y urea puede ser usado en dósis de 15 a 25 granos cada 3 horas, con las debidas precauciones para evitar úlceras.

El expediente más práctico en casas privadas por lo común es dar el dibromihidrato por la boca; en cápsulas de a 5 granos, y usar de 1 a 5 según la indicación, en cada dósis.

El uso de la quinina debe comúnmente ser ayudado por el de una preparación segura del principio de la glándula pituitaria posterior, dada intramuscularmente cada tres horas hasta que la presión sistólica en milímetros de mercurio exceda la frecuencia de los latidos del pulso en 5 puntos por minuto: esto es, si el pulso es de 120, por ejemplo, la presión sistólica debe llevarse a 125, si es posible. En casos de hipertensión, puede prescindirse de la pituitrina.

La digital es dada habitualmente en dósis equivalentes a ½ grano de buenas hojas, o 5 mínimas de buena tintura, cada cuatro horas, desde el principio para digitalizar el corazón. Si la frecuencia de la respiración aumenta, o la presión diastólica de la sangre en milímetros de mercurio cae tanto que las dos curvas tienden a acercarse dentro de 10 puntos o la presión diastólica de la sangre permanece debajo de 60, independientemente de la frecuencia de la respiración, la digital se aumentará a dósis completa (sea 30 mínimas de una buena tintura, o 3 granos de buenas hojas) ; es preferible usar alguna preparación apropiada para inyecciones intramuscular o al menos hipodérmicas. Esta dósis se repite cada 4 horas hasta obtener y mantener una separación de 10 puntos. Mayores dósis pueden darse si son necesarias. En las neumonias la elevación de la presión diastólica demuestra el efecto de la digital. Es a la vez un efecto y un indicador.

Tal tratamiento no es un sustituto del aire fresco, que debe proveerse: preferiblemente aire frío y abierto en la neumonia lobar en adultos robustos; aire caliente (60o a 70o F. en bronco-neumonias; y para niños y viejos, una temperatura de 70o. a 80o. F. sea cualquiera el tipo de la enfermedad.

Acerca de las bacterias y de los sueros, pueden usarse en conjunción,

si se desea, con el tratamiento definido. Para usarlos, el otro método, quinina, digital y pituitrina administrados según el *plan definido* puede usarse para ayudar al suero específico cuando este se puede obtener, y sin el suero cuando no se obtenga. Es solo en las infecciones tipo 1 cuando los sueros han demostrado ser útiles en una gran escala, y aún en estos casos su valor es poco más grande que el de la quinina y sus drogas suplementarias. No es siempre practicable administrar el suero específico en la cantidad y manera practicable. Aunque el valor de las bacterinas está aún en disputa, no hay dudas en las mentes de muchos competentes observadores acerca de su eficacia. Cuando se usan de modo apropiado esto es temprano y en culturas mixtas y sintetizadas. Todavía, por el presente dependemos de las drogas principalmente, con especialidad en los tipos, de infecciones II, III y IV y no hay drogas comparables a la quinina, pituitrina y digital en eficacia terapéutica, administradas según las definidas indicaciones del *plan definido.* Otros agentes, como oxígeno, atropina, alcanfor, estrignina, etc. están reservados para indicaciones especiales. La orina se mantendrá alcalina y la emisión urinaria es mantenida en no menos de 2 litros y si es posible 3 litros (cuartos). Durante la convalescencia sulfato de estrignina (1|60 a 1|30 de granos) en mixtura de Basham (media onza) se dará tres veces al día durante una semana o dos.

Respecto a la influenza. Las bacterinas (mezcla de estroptocucus, pneumonia y así llamada influenza) son útiles para la prevención y el tratamiento. Su principal valor consiste en prevenir la infección streptocócica o disminuir su virulencia; secundariamente en prevenir o disminuir la infección pneumococica. Todo caso de influenza debe ser mirado como uno de pulmonía potencial, desde el principio, y mantenido en ab o-luto reposo durante diez días, después de desaparecida la fiebre. Si no se hace así aunque no se desarrolle una pulmonía, se desarrollará una afección del corazón. La debilidad del corazón puede no presentarse durante seis meses, pero existe desde el principio. Esta es la razón porque la acetanilina, fenacetina, aspirina y análogos no deben usarse. Ellas no siempre matan, aunque lo hacen en muchos casos; pero ellas siempre hacen daño al corazón, aunque el paciente escape con vida por el momento. Ellas actúan como ayudantes del veneno de la influenza. Para oponerse al veneno de la influenza puede usarse la cocaína, la estrignina, la atropina, la digital, y la ergotina, según las indicaciones. Muchos casos son beneficiados dando en seguida el salicilato de amonio o de soda, o el benzoato de soda, o ambos en dósis de 10 a 15 granos, cada dos horas hasta que se experimente ruido de oídos; entonces cada cuatro o seis horas. La salipirina es útil en la influenza, pero el acetanilina es perjudicial. Por esto es que el salicilato de soda y la salicina son útiles, pero la aspirina

(acetyl-salicylic) es perjudicial. Una solución de salicilato o de salicilato y benzoato de soda pueden asociarse con la tintura de nuez vómica (20 mínimas), infusión o vino de coca (erthroxylum) (3ii) o extracto fluído de coca (3i) si se encuentran, y licor de citrato de amonio en dósis de una cucharada o más. La coca mitiga bien el gusto. Además la cocaína es el antagonista fisiológico directo y casi completo del veneno de la influenza. Estimula y sostiene las funciones que el veneno deprime. "Puros" salicilato y benzoato de soda deben ser preferidos a los productos sintéticos a no ser que estos sean 100 por ciento químicamente puros: Las impurezas comunes irritan el estómago y los riñones. La orina debe ser observada cuidadosamente, pues ante cualquier signo de irritación renal que aparezca la medicación debe cambiarse. Si se necesita de algún sedativo, a causa de la tos o de la intranquilidad, media dracma de paregórico o una pequeña dósis de codeina (1|8 granos) o de bromuro (5 granos) puede añadirse a la dósis. Debe evitarse la heroina como la aspirina. Después de tres días la mixtura debe suspenderse y el bromihidrato de quinino debe darse cada tres horas en dósis de 5 granos; y si existe una pneumonia una dósis completa con la pituitrina y digital. El alcohol es altamente beneficioso y a veces de imperiosa necesidad.

La cincona y nuez vómica ayudan en la convalescencia.

Traducido del "Illinois Medical Journal" por el *Dr. F. del Valle Atiles.*

EDITORIAL

ASISTENCIA MEDICA HOSPITALARIA

No de ahora, sino de hace muchos años, viene la experiencia demostrando la ineficacia de nuestra Beneficencia Municipal en materia de tanta importancia como lo es la asistencia médica de los pobres, no obstante esto, la solución del problema que, evidentemente, no puede ser otra que la fundación de hospitales, no ha llegado a traducirse prácticamente de un modo satisfactorio.

Nuestra población crece y el último censo, del cual se nos han anticipado algunos datos, nos informa de que en todos los distritos de la isla han aumentado, más o menos, sus habitantes; ahora bien, de estos el mayor número seguirá siendo el de los pobres, que faltos de medios para atenderse médicamente en sus casas, tienen que entregarse a los curanderos, o someterse a recibir una asistencia domiciliaria que tiene que ser por fuerza deficiente.

Si en todas partes los hospitales son necesarios, en Puerto Rico esta necesidad se deja sentir más cada día; del establecimiento de hospitales

se derivan grandes ventajas para toda comunidad, y ellos aseguran, cuando están bien organizados y en armonía con las ideas modernas, la verdadera beneficencia, en su aspecto de prestar asistencia médica a los enfermos cuyos recursos pecuniarios les colocan en la lista de los necesitados.

Por otra parte un hospital moderno bien mantenido se gana la confianza pública de tal manera, que allí en las localidades que tienen la fortuna de contar con un establecimiento de esta clase, se advierte una tendencia creciente a enviar los pacientes al hospital, aunque puedan permanecer en sus casas.

Claro es que estas instituciones cuentan en otros países con simpatizadores entre personas de posición o entre colectividades de creencias afines, especialmente en el orden religioso, y cuyos miembros se cotizan para construirlos.

Un ejemplo reciente lo están dando los judíos de la ciudad de St. Louis, que se proponen erigir un nuevo hospital para sustituir al existente ya inadecuado, y al efecto han recaudado $750,000, suma que ha sido reunida por espontánea subscripción de personas interesadas en el asunto. El Comité encargado de recolectar fondos espera conseguir una suma adicional de $500,000 más.

Largo tiempo ha de pasar antes de que nuestra sociedad se encuentre preparada para realizar empeños semejantes, cuyo éxito no sólo depende del dinero poseído, sino de la actitud bondadosa, del entusiasmo y del interés mostrado en la obra por los que la intentan.

El distrito de San Juan es el que más ha crecido, según el censo; y aunque la capital cuenta con algunos hospitales, como el Municipal, Presbiteriano, la Concepción, Maternidad y Clínicas privadas, es bien sabido que las necesidades de la población no están satisfechas ni con mucho desde el punto de vista que nos ocupa. En cuanto al distrito, no hay para qué decir que está tan deficiente de servicio hospitalario como todos los de la isla.

Hay que hacer desaparecer de la mente de muchas persoas la idea del antiguo hospital con todas sus repulsivas escenas, las cuales hoy no se reproducen ya en los hospitales modernos que responden al progreso de los tiempos y a una organización ajustada.

El hospital moderno debe ser una institución adecuada para fines, que no se limiten a dar cama, medicinas y alimentación al enfermo, sinó que han de popularizarse en la comunidad ganándose merecido crédito y contribuyendo a extender conocimientos útiles para la conservación de la salud privada como pública.

Para alcanzar este resultado, además del edificio, de su emplazamiento, distribución y equipo, es preciso que el personal reuna las aptitudes más convenientes para cumplir a ciencia y conciencia con sus deberes

respectivos. Nadie debe entrar en el servicio de un hospital, sin estar bien preparado para ello, y sin poseer un sentido definido de las obligaciones que va a asumir.

La obra de mejoramiento de los hospitales existentes y la fundación de otros nuevos debería preocupar la atención pública y la de nuestra Legislatura.

CORRESPONDENCIA DE NUW YORK

New York, febrero 5, 1920.

Sr. Dr. D. Francisco del Valle Atiles,

Presidente del Comité de Publicación

de la Asociación Médica de Puerto Rico.

San Juan, Puerto Rico.

Mi ditinguido amigo y compañero:

La estimaré haga publicar en el órgano oficial de nuestra Asociación Médica las siguientes líneas; por lo que le anticipa las gracias su affmo. amigo y colega,

Dr. R. Ruiz Arnau.

En el número 124 del BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO acabamos de leer un artículo titulado "Las Dermatitis micósicas de los pies en esta isla", que fué presentado ante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, en diciembre 21 de 1919, con el "sólo objeto", según su autor, de "llamar la atención acerca de una afección aquí frecuente y cuyo diagnóstico causal pasa muchas veces desapercibido".

Ignoramos si el trabajo referido suscitó controversia o comentarios entre los concurrentes a la asamblea, muchos de los cuales nos consta que conocen previas publicaciones nuestras sobre la materia. Inferimos que sí, de este hecho; por más que echamos de menos el resumen del debate al pié del artículo, como es de costumbre en semejantes casos.

Por nuestra parte, y sin el menor deseo de abrir discusión sobre el asunto, nos interesa hacer algunas breves manifestaciones.

En nuestro libro *La Lymphaectasie tropicale primitive,* editado por la casa A. Maloine, de París, en 1916, y en el capítulo V, estudiamos por primera vez, como expresión clínica de la linfectasia primitiva radicular, la *acrodermatosis recidivante,* nombre que propusimos para este afecto, tan común en nuestra zona, ya que se localiza amenudo también en las manos. Allí expusimos no sólo el concepto estiopatogénico del mismo, sino su anatomia patológica, sintomátologia, evolución, diagnóstico, pronós-

tico y tratamiento; e insistimos en sus dos fases o etapas: la *primitiva,* simplemente dermatósica, de substratum fisiopatológico común con las otras variedades o localizaciones linfectásicas (linfadenectasia primitiva y linfectasia primitiva reticular) y de pura etiología climatérica; y la *secundaria* o dermítica, por infección o infestación complicatoria o sobreañadida, sin parar mientes en especificidad ni en banalidad causales, puesto que gérmenes patógenos de cualquier orden pueden secundariamente invadir terrenos predispuestos por ciertas alteraciones orgánicas o funcionales, cuya presencia se considera indispensable en la determinación del proceso infectivo o infestante. Y en el capítulo XII de la obra citada, al discutir la acción específica del factor tropical,—que es en realidad el responsable del carácter recurrente del afecto, y no la intermitencia en la actividad morbígena de los microorganismos—comparamos esta manifestación dermatósica primaria, posibblemente infectable de modo secundario, con la piloflebectasia radicular tropical, para nosotros verdadera fase inicial o estado predisponente del *sprue,* la cual puede permitir, y lo hace con frecuencia, la infestación secundaria por elementos etiológicos vivos; de los cuales acaso es el más probable la monilia de Ashford, como las bellas investigaciones de este autor inducen a pensar.

Ya en abril de 1915 habíamos enviado al VII Congreso Médico Panamericano, celebrado en San Francisco, un trabajo titulado "La acrodermatosis recidivante de los países cálidos", al que acompañaba la relación de 101 casos de la afección observadas durante doce años en los Asilos de Huérfanos de ambos sexos de Santurce, y la referencia de otros muchos vistos en el viejo sanatorio español en los catorce años que lo dirigimos, aparte de los numerosos no catalogados de la clientela particular.

Este estudio fué publicado en inglés en un periódico norteamericano muy leído por nuestra clase médica, a la sazón al menos, el "Medical Record", en octubre 14 de 1916; y reimpresos del mismo fueron repartidos con profusión entre los colegas de la Isla, así como también enviados a las principales bibliotecas del país. El propio Boletín de la Asociación Médica acusó oportuno recibo en su sección bibliográfica. Posiblemente, el haber sido editados ambos trabajos en idiomas distintos del Castellano es el motivo principal de que hayan pasado desapercibidos para el autor del artículo a que hemos venido refiriéndonos y para otros médicos. El nuestro publicado en el "Medical Record" termina de este modo:

En nuestra opinión, del anterior estudio puede inferirse que la acrodermatosis recidivante de los países cálidos, si bien etiológica y patogénicamente análoga a las demás manifestaciones linfectásicas meramente climatéricas, posee suficientes características anatomoclíncas para que se le reconozca personalidad nosográfica en el extenso campo de la patología tropical.

BIBLIOGRAFIA

Modern Surgery: General and operative. By J. Chalmers Da Costa, M. D., Samuel D. Gross, Profesor of Surgery Jefferson Medical College, Philadelphia, Pa.

Octava edición, revisada y aumentada. Octavo de 1697 páginas con 1177 ilustraciones algunas en colores. Philadelphia and London: W. B. Saunder Company, 1919.

La obra del profesor Da Costa abarca todos los principios generales de la cirugía moderna. La parte de la bacteriología aplicada a la cirugía es completa y condensada en todos sus puntos. Abarca todo lo qué un cirujano debe de conocer en ese importante ramo de la medicina. Contiene la obra 42 capítulos en los cuales trata extensamente de los procesos inflamatorios, abscesos en general, reconstrucciones de los tejidos. fiebres quirúrgicas, sepsia, septicemia y piemia. En las enfermedades del sistema vascular, explica de manera clara la cirugía del corazón, arterias y venas. La cirugía de los órganos de la respiración la presenta con todos los métodos modernos que hasta aquí son conocidos. La parte de la cirugía concerniente a los órganos abdominales es de suma importancia y explica las diferentes técnicas operatorias de una manera clara y bien detalladas en sus principios fundamentales. La cirugía plástica no omite detalle alguno. La obra es recomendable para el cirujano general como para el especialista.

Es una obra de texto donde el estudiante encontrará todo lo que tiene que aprender en cirugía. Sus diferentes capítulos dan un buen crédito a la obra y pone de relieve la reputación de profesor Da Costa.

A Manual of Obstetrics. By John Cooke Hirst, M. D., Asociate in Gynecology, University of Pennsylvania, Obstetrician and Gynecologist to the Philadelphia General Hospital. 12 mo de 516 páginas con 216 ilustraciones. Philadelphia and London, W. B. Saunders Company, 1919.

El libro enseña los métodos, que por veinte años, ha empleado el autor a su entera satisfacción en la práctica de obstetricia. En todo el libro se vé el esfuerzo hecho por condensar de manera clara los diferentes aspectos de la obstetricia, echando a un lado toda discución innecesaria. Algo de embriología se demuestra en el trabajo. Los capítulos sobre las dislaceraciones del canal parturiento y las consecuencias del parto están bien definidas en todos sus aspectos.

Se abserva una clasificación nueva sobre las deformidades de la pel-

vis, clasificándolas según la deformidad más prominente. El Manual contiene 19 capítulos comprendiendo desde la anatomía de la pelvis hasta las operaciones en obstetriticia. El tratamiento de la sepsis puerperal es explicado en todas sus faces. Muy interesante resulta el capítulo de la patología del recien nacido. Las señales patológicas del parto están bien estudiadas y concisamente las abarca sin omitir algún detalle en el tratamiento de cada una de ella. Merece este libro una buena recomendación.—J. A.

ACADEMIA DE MEDICINA DE PUERTO RICO

Quinto Corcurso Anual.

La Academia de Medicina, en cumplimiento de sus Estatutos, promueve su quinto concurso anual de 1919 a 1920 que habrá de ajustarse a las siguientes bases y condiciones:

EL PREMIO, consistirá en:

1o.—Un diploma especial expedido por la Academia.

2o.—La suma de 500 dólares mantenida por el Casino Español de San Juan, P. R.

TEMA: "Exposición razonada de un plan práctico y económico de Sanidad rural para Puerto Rico".

Podrán concurrir todos los médicos residentes en Puerto Rico, incluso los Académicos, con excepción de los miembros de la sección que constituyen el Jurado calificador. (Estatutos 26 y 27).

Los médicos aspirantes al premio deberán enviar sus trabajos al Secretario da la Academia, Dr. P. Gutiérrez Igaravídez, antes de las diez de la noche del 15 de septiembre de 1920. Los trabajos deberán ser mecanografiados, y se remitirán bajo un lema, sin indicación alguna por el cual pueda ser conocido el autor; y en sobre cerrado, y con igual lema, se enviará el nombre y la residencia del mismo.

El lema del trabajo premiado se publicará con tres días, cuando menos, de antelación al de la fecha de la sesión inaugural próxima, en la que se leerá el veredicto del Jurado calificador y se entregará el premio al autor favorecido.

NOTAS DE LA ASOCIACION

Asociación Médica del Distrito Norte

Muy interesante resultó la sesión científica de la Asociación Médica del Distrito Norte, llevada a cabo en el mes de Febrero. La discusión sobre las observaciones clínicas acerca de la influenza fué motivo entre los concurrentes a despertar un cuidadoso estudio de la enfermedad por sus diversas modalidades. El Dr. M. Quevedo Báez nos dió una buena reseña de los síntomas de la enfermedad entre sus variadas formas clínicas poniendo de relieve su competencia y larga experiencia en la materia.

Otros asuntos fueron tratados en la sesión todos los cuales fueron de interés para la profesión.

NOTAS SOCIALES

Se encuentra de nuevo entre nosotros, después de haber prestado valiosos servicios en Francia durante la guerra mundial, el ilustrado médico del Ejército Dr. Bailey K. Ashford. Como antes de su ausencia, volverá a formar parte del Staff del Instituto de Medicina Tropical. Damos la bienvenida al distinguido compañero.



Hemos saludado al Dr. Pedro Ramos Casellas, Capitán Médico del Ejército que pasó una larga temporada en los Estados Unidos donde se especializó como radiólogo. No dudamos que el Dr. Ramos Casellas nos prestará buenos servicios dentro de su especialidad.

SUMARIO



Principios Fundamentales de Nuestra Casa

3. LA CALIDAD

EN esta serie de "Observaciones" hemos tratado hasta ahora de la Investigación y la Normalización; digamos ahora una palabra de la Calidad.

Las tres materias guardan estrecha relación: el objeto de la Investigación es descubrir nuevos productos y mejorar los viejos; el de la Normalización, establecer la uniformidad terapéutica; la Calidad depende en gran parte del mayor o menor resultado con que se hayan realizado los dos propósitos anteriores.

La casa de Parke, Davis & Cía. cuenta cincuenta y tres años de existencia. Durante ese largo período ha venido conquistando gradualmente la confianza y estimación de la profesión médica. ¿Por qué? Porque los médicos saben que dirigimos todo esfuerzo a producir agentes medicinales de la mejor naturaleza posible, pues siempre se puso la calidad por sobre toda otra consideración.

El otro día nuestro químico en jefe, hablando con un grupo de vendedores de Parke, Davis & Cía., les decía:

"Señores, voy a decirles algo que ustedes tal vez no sepan; quizás puedo hacerlo mejor diciendo que nuestro departamento científico y nuestro departamento comercial son absolutamente independientes entre sí

"¿Qué quiero significar? Lo siguiente: que cuando en la sección científica se trabaja en el logro de un nuevo producto o se mejora uno viejo, nunca ponemos atención al costo, jamás en absoluto tomamos en cuenta esto. Trabajamos en un producto durante meses o años, si es necesario, hasta que quede tan perfecto como se pueda; entonces, cuando está dicha la última palabra, y no antes, se computa el costo.

"El departamento comercial considera este costo y fija el precio de venta. No comienza por decirnos que debemos mantenernos dentro de ciertos límites, ni nos devuelve el producto y nos dice que debemos reducir el costo; se nos deja en absoluta libertad y el único objeto de nuestra consideración es el más alto ideal posible de calidad."

Esta determinación, que viene realizando nuestra casa desde sus comienzos, explica la razón por la cual los términos Calidad y Parke, Davis & Cía. han venido a ser considerados como sinónimos. Cuando los facultativos usan un artículo de nuestra manufactura saben que es absolutamente el mejor que la ciencia puede producir.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE

PUERTO RICO

PUBLICADO TRIMESTRALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA.

AÑO XIV JUNIO 1920 NUMERO 126

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS PIREXIAS TROPICALES MAS COMUNMENTE OBSERVADAS EN PUERTO RICO *

Dr. A. Torrrgrosa

I.

Refiere Trudeau en su "Autobiografía" que cuando se examinaba de Clínica médica, el profesor Alonso Clark, que al parecer quiso vengarse de pasados agravios poniendo a prueba la erudición de su discípulo, le hizo, entre otras, la siguiente pregunta: "¿De qué enfermedades es síntoma la fiebre?" El médico a quien en Puerto Rico u otro país tropical se propusiera semejante pregunta habría de responder, sin vacilación alguna, que tal síntoma, o mejor síndrome, formar parte del cuadro clínico en la inmensa mayoría de las dolencias que observa y trata, pudiendo además afirmar que en un percentaje elevado de casos constituye el síntoma predominante.

En efecto, la fiebre en los trópicos es la expresión más corriente del conjunto de defensas que el organismo humano exhibe no sólo en presencia de los agentes provocadores de las diversas enfermedades propias de la región, sino también de aquellas cuya esfera de acción es el mundo, a las cuales, lejos de ser indemne el habitante de las zonas cálidas, está a veces más sujeto que sus hermanos los moradores en las zonas templadas. Y aquí justamente salta la primera dificultad de nuestra empresa al tratar de definir el concepto de "pirexias tropicales".

Todos los autores están contestes en observar que la Medicina llamada tropical no puede circunscribirse al estudio de las enfermedades consideradas como propias de los países cálidos, sino que tiene necesariamente que abarcar casi la totalidad de las enfermedades cosmopolitas modificadas en su evolución y sintomatología por condiciones climatológicas variables de una latitud a otra. Siguiendo a Manson, hemos de

* Tema desarrollado en la Academia de Medicina de Puerto Rico, en las sseiones regulares del curso de 1919-20.

limitarnos a aquellas fiebres que "de uno u otro modo prevalecen especialmente en los climas cálidos" (1), y concretándonos a Puerto Rico, de acuerdo con el enunciado de nuestro tema, a aquellas de más frecuente ocurrencia, sin que podamos sustraernos a dedicar gran parte de nuestra atención a pirexias que ni nos son afines ni menos aún de ocurrencia frecuente, pero que inevitablemente nos han de salir al paso al plantearnos los problemas de diagnóstico diferencial de las primeras.

¿Qué criterio debe servirnos de norma para agrupar las distintas pirexias cuyo diagnóstico hemos de afrontar? La clasificación por enfermedades sería notoriamente defectuosa a causa de no prestarse a una aplicación práctica, ya que sabemos de sobra que las fiebres en los trópicos no siguen un tipo único, uniforme, sino que, por el contrario, la curva térmica afecta en ellas modalidades diversas lo suficientemente desemejantes entre sí para que cada una merezca todas las consideraciones de una individualidad clínica separada. Tengo para mí que ésto es una ventaja para el diagnóstico diferencial, pues permitiendo tratar cada tipo clínico definido como una entidad aparte, se facilita más el estudio analítico del mismo por comparación directa con similares formas de otros procesos febriles que guardan con uno dado analogías o parecidos de expresión sintomática más o menos acentuados. Apoyándonos exclusivamente en las peculiaridades del elemento fiebre, nos será fácil encuadrar dentro de un reducido número de marcos nuestras principales pirexias; sintetizaremos las características de los grupos delineados y procederemos enseguida a la diferenciación ulterior de las fiebres que integran cada uno, tratando de llevarla hasta el grado que nos lo consientan las revelaciones de la anamnesis de un lado y la comparación de síntomas y signos físicos de otro; acudiremos, por último, al laboratorio que nos prestará en cada caso el auxilio de sus poderosísimos recursos en la tarea de limitar de la manera más precisa posible los conocimientos aplicables al diagnóstico. Tendrá este método la doble ventaja de utilizar las grandes síntesis clínicas esto es, la perspectiva de conjunto, primera y más elemental necesidad del diagnóstico e indiscutiblemente la más provechosa ayuda hacia una debita orientación, y los procedimientos analíticos que son los llamados a resolver la diferenciación clínica en última instancia. No creo que haya en piretología tropical un medio a la vez más racional y más práctico, y en consonancia con lo que queda expuesto, me permito ofrecer la siguiente clasificación:

(a) Fiebres cíclicas intermitentes,
(b) Fiebres de tipo contínuo, y
(c) Fiebre de tipo irregular.

(1) Manson, "Tropical Diseases", 6ª ed. (1919), p. xv.

Las *fiebres cíclicas intermitentes* comprenden todas aquellas cuya evolución se realiza por ciclos o períodos determinados de más o menos altas temperaturas sostenidas solamente durante un número de horas, con retorno a la normal. La duración de la intermitencia o intervalo apirético es muy variable: puede ser de algunas horas, como ocurre en muchas palúdicas, pero también puede extenderse a semanas y meses, como en las fiebres filáricas; de cualquier modo la intermitencia marca el final de un paroxismo febril *completo* con sus tres etapas de escalofrío, hipertermia y descenso por crísis con o sin sudoración posterior, pudiendo además faltar el escalofrío o sustituirlo un ligero quebranto. Entre nosotros forma el grupo tal vez más numeroso, pues incluye, en primer lugar, las fiebres palúdicas terciana y cuartana, así como sus invasiones dobles o triples que dan lugar al tipo cotidiano, y sean benignas o malignas; hay que distinguir todas estas de un sin número de pirexias que a menudo constituyen la única expresión clínica aparente, o acaso la más prominente, de enfermedades tan diseminadas como la tuberculosis y la sífilis; de infecciones sépticas diversas, ya sean locales como la angiocolítis, colecistitis, otitis media, pielitis y pielo-nefritis.... ya sean más o menos generalizadas, como la endocarditis maligna, las septicemias; de otras que frecuentemente acompañan a estados patológicos tan variados como la anemia perniciosa y otras discrasias sanguíneas, las leucemias, la linfadenia,... ciertas endocrinopatías como el mal de Addison y el de Basedow, el cáncer visceral, etc. Finalmente hay que considerar dentro de este grupo dos enfermedades esencialmente tropicales: la filariosis y el absceso tropical disentérico.

Las *fiebres de tipo contínuo* incluyen también las remitentes, es decir, todas aquellas en que la temperatura se mantiene constantemente sobre la normal. Estas nos ofrecen un grupo no menos numeroso que también encabeza el paludismo con sus modalidades sub-contínua y remitente, dentro de las cuales están las temibles perniciosas: las fiebres tifoídea y para-tifoídeas, de tan enmascarada expresión en los trópicos, y toda una serie de infecciones de origen intestinal como tipo de las cuales puede tomarse la coli-bacilosis; es preciso diferenciar unas y otras de todo un conjunto de enfermedades cosmopolitas que van acompañadas de igual tipo febril, por ejemplo, ciertas formas de tuberculosis, especialmente la granulia, las pneumonias y bronco-pneumonias de tan diversa etiología, la mayoría de las exantemáticas (sarampión, escarlatina, meningococcia,.....) muchas infecciones sépticas, como la apendicitis, estados febriles consecutivos a intoxicaciones o lesiones orgánicas de marcha aguda, como la uremia y la apoplejía cerebral; por último ciertas pirexias de na-

turaleza no bien determinada (la fiebre glandular, la efímera, la de Papatacci, etc.)

Las *fiebres de tipo irregular*, o mejor dicho, las fiebres irregulares, comprenden todas aquellas cuya evolución no se conforma a ninguno de los dos tipos anteriores. Si bien la mayoría de ellas siguen una marcha contínua con remisiones más o menos acentuadas, están señaladas por ciertas desigualdades variables que interrumpen la continuidad del estado febril, a veces con retorno a la normal, pareciendo verdaderas intermitencias; por esa razón a primera vista podría agrupárselas más bien con las fiebres cíclicas a tipo intermitente, pero a poco que nos fijemos hemos de ver que aquí tampoco encajan, porque la intermitencia es en estas últimas un episodio intercalar, en tanto que en aquellas (las irregulares) es parte integrante del ciclo evolutivo de la enfermedad; así, por ejemplo, el paroxismo palúdico en una cuartana, o el de la fiebre héctica, ha terminado cuando sobreviene la intermitencia: son, pues, verdaderas pirexias cíclicas e intermitentes; por otra parte, en el curso de ciertas fiebres, como la viruela, el dengue, la fiebre amarilla, ocurre generalmente una intermitencia que no es sino una fase del proceso febril aún no concluído: puede, además, faltar, pero cuando ocurre no señala la conclusión del paroxismo sino simplemente un compás de espera, de mayor o menor duración, entre la fase inicial y la terminal de la pirexia. En este grupo también hay que clasificar algunas formas de paludismo, ciertos estados febriles de la filariosis y la lumbricosis, y además dos o tres enfermedades que, aunque no esencialmente tropicales, ocurren entre nosotros en ondas epidémicas de extensión muy limitada, como la viruela, o mucho más amplia, como la influenza y el dengue, y por último algunas de ocurrencia rara entre nosotros, como la fiebre de Malta y disenterías irregularmente piréticas. Aquí, donde las asociaciones microbianas son tan variadas, es corriente, por lo demás, observar tipos febriles de una irregularidad absoluta, curvas térmicas verdaderamente anárquicas que no son sino expresión sintomática de simbiosis tan diversas como la del plasmodio de Laverán y el bacilo de Eberth, el de Koch y las variadas razas de estreptococos, estafilococos, etc., o de discrasias como la clorosis, la leucemia,.... coincidiendo con invasiones piógenas de la piel o mucosas, con parasitismo intestinal o cutáneo, etc. No es extraño observar, pues, con tanta frecuencia estas pirexias de curva tan irregular, de etiología tan confusa y que tan a menudo son causa de sorpresas clínicas tan desagradables como todos, indudablemente, hemos tenido ocasión de encontrar.

Antes de entrar en la diferenciación de las enfermedades que clínicamente responden a los tipos febriles cuyos rasgos salientes acabamos de

bosquejar, queremos repetir la necesidad en que hemos de vernos una y otra vez de tener que considerar algunas que son de muy rara ocurrencia en esta isla, pero que es preciso diferenciar de otras que tienen aquí carta de naturaleza. No extrañe pues, por ejemplo, que junto a las flebitis y adenitis sépticas hayamos de ocuparnos de la peste bubónica cuando tratemos del diagnóstico de ciertas filariosis, como igualmente hemos de hacer la separación clínica del paludismo no solo con la fiebre héctica de los tuberculosos sino que también con la que regularmente aqueja a sujetos que padecen de dolencias tan raras en Puerto Rico como la enfermedad bronceada de Addison y de otras, como la fiebre amarilla, desaparecidas ya de nuestro suelo. En uno y otro caso lo que primordialmente vamos a distinguir es malaria y filariosis, dos plagas de los trópicos, bien necesitadas aquí, como otras que ya también nos saldrán al paso, de una debida diferenciación clínica.

I.—FIEBRES CICLICAS INTERMITENTES

El paludismo con sus diversos tipos de periodicidad (cotidiana, terciana y cuartana) es el representativo más conspícuo de estas pirexias. Puede afirmarse que el clínico menos sagaz en Puerto Rico, cuando se trata de fiebres francamente intermitentes, sospecha paludismo antes que ningún otro proceso febril. Se basa para ello, primero en el dato de periodicidad, luego en las características del acceso con sus tres elementos componentes de escalofrío, hipertermia y sudor, y últimamente en la presencia de signos más o menos inconstantes: anemia de los tegumentos, infarto esplénico y hepático, etc. Y acierta en sus presunciones siete u ocho veces de cada diez, ya que amén de ser la más conspícua, el paludismo es la más ubícua entidad patológica en nuestra Isla. Cuenta con la colaboración que le presta el vulgo, para quien no hay más fiebres intermitentes que las de origen malárico. Tiene, por último, al propio paciente enteramente predispuesto a favor de su diagnóstico, pues que desde niño viene oyendo decir y repetir que las únicas febres en que hay cefalalgia durante el acceso y en que fuera de éste se conserva el apetito y una marcada sensación de euforia, son las palúdicas. Juzga, pues, innecesario el práctico, la más de las veces, corroborar sus presunciones; lejos de eso las afirma con seguridades de diagnóstico, o mejor de pseudo-diagnósticos suyas consecuencias en muchos casos no hay que esforzarse en prever. ¿Quién no ha visto a tuberculosos febricitantes atiborrados de quinina y de "tónicos" y aperitivos alcohólicos, obligados a baños de mar y a ejercicios físicos prolongados, y eso durante semanas y aún meses que hubiesen podido aprovecharse en una cura adecuada?

No hay peligro, pues, en que las fiebres maláricas de este tipo pasen sin ser sospechadas, pero sí lo hay, y grande y desgraciadamente frecuente, en que pasen desapercibidas, al menos por un período de tiempo, afecciones graves como la tísis, la sífilis y ciertas supuraciones viscerales, susceptibles todas de ceder a una terapéutica temprana y orientada en diagnósticos firmemente establecidos, no en apreciaciones infundadas de un paludismo *omni presens* que no tuvo la sanción del más elemental examen hematológico.

Causa verdadero pavor observar con cuanta frecuencia se deja de esclarecer un diagnóstico de paludismo por los medios directos para acudir al indirecto de peores consecuencias: la llamada "prueba terapéutica", o sea la comprobación clínica del efecto que las sales de quinina puedan tener en estas fiebres periódicas; semejante práctica no debe mencionarse sino para condenarse de la manera más enfática, y ésto, naturalmente, por dos razones: la primera y más esencial porque caracterizados casi todos estos procesos afines al paludismo intermitente (tuberculosis, avariosis, sepsis) por una anemia más o menos intensa, la administración desordenada de substancias tan hemolizantes como la quinina es una práctica que no puede tener para el sujeto sino derivaciones fatales; la segunda porque en la mayoría de las ocasiones esa administración ha sido insuficiente o extemporánea y, en vista del fracaso de aquel alcaloide, se piensa que no había tal paludismo, de donde resulta que al querer sentar luego un diagnóstico de firmeza ha de tropezarse con la dificultad de descubrir el hematozcario en la sangre periférica: es que, seguramente jactancioso, ha ido a esconderse en refugios inaccesibles para el pobre terapéuta y allí puede reirse impunemente de éste, consciente de haberse hecho inmune al arma de ataque por aquel tan malamente empleada y a la que, de consiguiente, ha de atribuir ahora su poca fortuna en despistar el verdadero origen de la enfermedad.

Estas ligera consideraciones nos hacen ver la necesidad en que debemos estar de corroborar siempre de un modo firme las sospechas de un paludismo que clínicamente lo parece, y cuando esa corroboración falta, la no menos imperiosa necesidad de establecer el diagnóstico diferencial de las fiebres maláricas intermitentes *vis a vis* de procesos febriles muy comunes y que les son enteramente desemejantes.

PALUDISMO Y TUBERCULOSIS.—Demos el primer turno a la tuberculosis, infección cosmopolita la más diseminada entre nosotros.

Si bien es cierto que las tuberculosis quirúrgicas (ganglionar, articular, ósea,...) van acompañadas de signos locales que ayudan a recoreconocerlas y , por ende, atribuir sus manifestaciones febriles a la ab-

sorción de toxinas engendradas en el foco afectado, no ocurre lo mismo tratándose de otras formas y especialmente en lo que se refiere a la localización pulmonar, al menos en sus fases iniciales. En efecto, no creo que en Puerto Rico se confundan más frecuentemente las intermitentes palúdicas con niguna otra afección que con la tuberculosis pulmonar incipiente. Todos sabemos el principio insidioso de esta enfermedad fuera de los casos en que se inicia con un episodio generalmente inconfundible, como una hemoptisis, un pneumotorax, un derrame pleurítico, etc., que debe poner al práctico en guardia desde los primeros momentos. Cuando no estalla de manera tan ostensible, su diagnóstico es cierto que ofrece dificultades. Lo primero es sospecharla. Necesita el clínico llamar en su auxilio toda su perspecacia para distinguir, en determinadas circunstancias, tuberculosis de malaria. No se diga que el tipo febril pueda ayudar él solo a una diferenciación; quizás en la cuartana (forma palúdica la menos común entre nosotros), más no así en la tercina, pues, conforme observa Cabot (2), es frecuente en la tuberculosis pulmonar, lo mismo que en ciertos procesos sépticos, la ocurrencia de paroxismos febriles en días alternos. Otra falacia es creer que el tipo "invertido" de fiebre, es decir, elevación matinal con remisión vespertina, basta y sobra para afirmar una sospecha de tuberculosis. No; hay necesidad manifiesta de ir a una exploración cuidadosa del aparato respiratorio y del organismo en general, metodizando una y otra en todo lo posible.

Investíguense primeramente los signos de *impregnación tuberculosa* en general. Nada debe llamar tanto la atención como los trastornos dispépticos a que generalmente alude el propio enfermo antes que a ningún otro síntoma de funcionalismo anormal: se queja al principio de que no encuentra placer en fumar, como tampoco en las bebidas alcohólicas que anteriormente paladeaba: la anorexia no tarda en aparecer y contrasta ciertamente con la conservación del apetito de que pueden jactarse algunos palúdicos, no todos, sin embargo: la sensación de plenitud y de peso en el estómago, las náuseas y vómitos, la gastralgia, etc., son ya síntomas más avanzados de aquella "dispepsia" que puede aún llegar a hacer pensar en el cáncer del estómago. Si bien es cierto que estos fenómenos gástricos adquieren gran relieve en otras formas de malaria, incluídas la mayor parte en el grupo de las fiebres contínuas, no cabe negar que en estas intermitentes el sujeto, por lo regular, goza de un funcionamiento cabal, enorgulleciéndose muchos de una verdadera "eupepsia". No obstante, en las formas más crónicas de estas pirexias periódicas y tempranamente en casos en que la toxina malárica determina hiperemias y congestiones pasivas gastro-hepáticas, los fenómenos dispépticos son muy co-

(2) Cabot, "Differential Diagnosis", t. ii (1918), p. 420.

munes, llegando a los límites de verdadera intolerancia que caracterizan las formas biliosas y gastro-biliosas; son igualmente comunes en la caquexia palúdica y aquí, naturalmente, la pérdida de peso puede ser tan marcada como la que es de típica ocurrencia en las primeras fases de una tuberculosis... No cabe mencionar tampoco como distintiva la anemia que ocurre tempranamente en esta enfermedad, pues que también ocurre en todo paludismo. Hay dos signos a los que se concede una gran significación, en virtud de la cual son poderosos auxiliares en el descubrimiento de un proceso tuberculoso: la instabilidad de pulso y temperatura y la hipotensión arterial; la primera debe investigarse no inmediatamente, sino algún tiempo después de haber hecho ejecutar al sujeto algún esfuerzo: éste debe ser lo más ligero posible, por ejemplo, hacerle recorrer, a marcha regular, una pequeña distancia; hay que partir de la base de que la taquicardia es un fenómeno muy común en estos enfermos, aún en reposo; como sabemos, lo que verdaderamente caractriza la instabilidad térmica y cardiaca en los tuberculosos es el mantenimiento de una temperatura relativamente alta y de una taquicardia muy por encima de la observada al partir, bastante tiempo después del que regularmente se tarda en volver a las cifras normales; si un hombre sano, por ejemplo, ha experimentado un aumento de 20 pulsaciones después de realizar un esfuerzo dado, antes de transcurrir 4 o 5 minutos ya el pulso habrá vuelto a su cifra habitual; la elevación de temperatura puede solo alcanzar algunas décimas, pero si se toma media hora, por ejemplo, después del ejercicio, se apreciará su persistencia en un individuo afecto de tuberculosis.

La hipotensión arterial en sujetos jóvenes es un indicio tuberculoso generalmente admitido, pero su tendencia a bajar todavía más después del más insignificante esfuerzo, es para Sewall (3) una de las señales más distintivas de lo que él llama "tuberculosis oculta": los síntomas de ésta no son bastantes para definir al sujeto como un enfermo: insuficiencia funcional general, lasitud, dolores de cabeza y neuralgias, fatiga y nerviosidad, todo parece resultar de una intoxicación sútil que afecta, sobre todo, la coordinación de las funciones vitales. Si a un sujeto de éstos se le toma la tensión arterial, máxima y mínima, acostado y enseguida de pié, se notara una baja muy apreciable en la diferencial, que puede ser debida a una de dos causas: un descenso marcado de la máxima o una subida de la mínima, indicando la primera, como sabemos, menor tonicidad cardiaca y la segunda mayor resistencia vascular periférica. El mismo Sewall admite que este cambio no es específico de la tuberculosis, pero insiste en que, convenientemente excluída toda infección local, debe sugerir una

(3) Sewall en *Amer. Bev. of Tubercul*, t. iii (1920), p. 665.

tuberculosis "oculta" y por consiguiente el empleo de todos los medios de que pueda uno valerse para descubrirla.

Ahora bien, en presencia de un palúdico, no en las formas llamadas primarias, sino más bien en la caquéctica, qué utilidad diagnóstica pueden tener esos signos reveladores de una impregnación tuberculosa? El caquéctico malárico seguramente nos dirá de su anorexia y otros trastornos dispépticos, de su adinamia más o menos pronunciada; constataremos en él enflaquecimiento y anemia, hipotensión vascular, taquicardia e instabilidad térmica. ¿Qué nos queda para una diferenciación apoyada exclusivamente en reacciones generales igualmente perturbadas?

En un caso sospechoso de *tísis pulmonar incipiente* es muy común limitar la exploración a los vértices. Se corre el riesgo con ésto de dejar inadvertidos algunos procesos que toman carta de naturaleza en uno u otro de los lóbulos inferiores; estas localizaciones primitivas en las bases no son tan raras como se cree. Hay que contar también con la tuberculosis del hilio en el adulto; ésta no es sino una reactivación de los focos allí latentes desde la niñez: Rivière (4), que ha estudiado recientemente su diagnóstico, llama la atención respecto de su bilateralidad como primer contraste con la tuberculosis de los vértices: la enfermedad es central y se revela en ambos lados por una retracción del istmo de Kronig (hasta 2 centímetros, en vez de 4.5 o 5 que es su ancho normal) y por un área de macidez prevertebral que a veces cubre la macidez oval interescapular entre la primera y la quinta apófisis espinosas; estos signos indican una localización profunda, en el espesor del parénquima, cerca de los ganglios peri-bronquiales o en su inmediata vecindad, tal como ocurre en la tuberculosis infantil; cuando el proceso llega a la superficie del pulmón, se manifiesta primero en puntos distantes de los vértices, ya debajo del hueco axilar en unos casos o atrás, en una de las bases, en otros; más tarde la infección del hilio se disemina en forma de abanico, de modo que pueden encontrarse signos de infiltración en otros puntos y en varios simultáneamente.

Deben investigarse cuidadosamente la amplitud y expansión torácicas y la excursión diafragmática, comparando las de uno y del otro lado; la presencia de signos físicos que revelan consolidación o infiltración, especialmente en las llamadas "zonas de alarma"; no olvide el práctico auscular la voz cuchicheada, ni buscar estertores húmedos o crepitantes en inspiración forzada después de la tos, ni constatar el tipo de respiración llamado "invertido".... Apele, si necesario fuere, a la fluoroscopia; ésta le descubrirá probablemente una extensión mayor del pro-

(4) Riviere en *The Lancet*, Feb. 8, 1919.

ceso de la que le han hecho ver los signos estetoscópicos, sobre todo a nivel del hilio; pero la dificultad aquí estriba en distinguir lesiones antiguas, ya cicatrizadas, de lesiones recientes o que estén en plena actividad; en estos casos los síntomas funcionales ayudan a una correcta interpretación. Recúrrase, si es preciso a las pruebas oftálmica o intradérmica por la tuberculina; demás está advertir la inutilidad de su uso hipodérmico como medio diagnóstico en casos febriles.

Búsquense además los signos extra-pulmonares de una pleuritis de los vértices, especialmente los dos que más hace notar Sergent (5): la adenitis supra-clavicular y la desigualdad pupilar, más frecuentemente con midriasis correspondiendo al lado de la lesión y que, eliminada la sifilis, él considera como patognomónico de estos procesos.

No se olvide la discrepancia que naturalmente existe en muchos sujetos entre el área pulmonar invadida y los síntomas constitucionales (alta fiebre, postración, adelgazamiento, etc., con un foco relativamente pequeño de reblandecimiento y, por el contrario, coexistencia de un estado general satisfactorio y hasta excelente, al menos en apariencia, con uno o dos lóbulos extensamente infiltrados). Recuérdese, por último, que hay ciertos enfermos, como los diabéticos, en los que las lesiones tuberculosas dan lugar a muy pocos síntomas y signos.

Hay casos de paludismo con bronquitis concominante en uno de los vértices, en los cuales el diagnóstico puede ser dudoso por algún tiempo. En antíguos palúdicos, sobre todo, pueden encontrarse congestiones agudas o crónicas de los vértices que han sido bautizados por Brun con el nombre colectivo de "pneumo-paludismo"; para este autor "la lesión no es más que una lesión palúdica. El germen palúdico comparte con el de la tuberculosis el derecho de elegir morada en el vértice del pulmón y de determinar congestiones activas, verdaderamente infecciosas..." (6)

En otros casos la toxina malárica determina localizaciones lo más frecuentemente pleuríticas; éstas son las más comunes en las formas intermitentes, al paso que las localizaciones pulmonares lo son más en las formas contínuas y principalmente en las recidivas palúdicas. Grall y Marchoux, que han estudiado muy bien estos procesos, dicen, refiriéndose a las determinaciones pleuríticas:

"A causa de la menor exacerbación de los paroxismos, que que le hace desviar su atención de ese lado, y a causa de esa misma sintomatología aún limitada a ligera dificultad respiratoria con punta de costado y tos seca, el enfermo cree tener al-

(5) Sergent en *Presse Médicale*, En. 1, 1919.

(6) Enriquez-Laffitte-Bergé-Lamy, "Tratado de Medicina" t. i. p. 470.

guna afección torácica y el médico está tentado a aceptar esta interpretación del hecho clínico.

"Cada vez que procede a un examen se asombra de la poca importancia de los fenómenos estetoscópicos; los signos son casi negativos: ligera submatidez en una de las bases, algunos estertores y frotes pleuríticos a este nivel; pueden encontrarse a veces en ambos lados. Todos varían en fijeza y en extensión de un día a otro y frecuentemente de la tarde a la mañana siguiente. Las manifestaciones tan bien acentuadas en el momento de los paroxismos, que llegan a hacer creer en una lesión pleurítica si la exploración se limita a esos únicos instantes, se esfuman luego hasta desaparecer casi completamente.

"Estos signos se acompañan a veces, durante un período más o menos largo, de estertores húmedos que indican la participación del parénquina pulmonar en la congestión de la pleura adyacente. Que esta congestión se extienda y generalice y el médico se encontrará frente a un síndrome que, si no está prevenido, le hará sentar un diagnóstico de tuberculosis de forma pleurítica con brote intercurrente de granulia."

Finalmente, en otros casos de paludismo hay lo que pudiéramos llamar falsas determinaciones pleuro-pulmonares, así descritas por los mismos autores:

"El bazo, ya hipertrofiado, se ensancha aumentando de volumen bajo la influencia de la congestión que determina cada crísis; remontándose bastante hacia arriba en la región costal, llega a posarse sobre el diafragma cuya serosa participa de la congestión del órgano vecino. Y sea ya mecánicamente o sea por hiperemia de las serosas y de las terminaciones del frénico que allí se encuentran, esta hipertrofia esplénica ocasiona, al mismo tiempo que punta de costado, un gran embarazo respiratorio y quintas de tos cuyas frecuencia y violencia pueden ser notables" (7).

Se comprende que el diagnóstico sea muy vacilante en todos estos casos. El médico, sin embargo, busca compensación en la historia clínica y muy a menudo se llama a engaño dando a ciertos detalles de la anamnesis más valor del que en realidad debe concedérseles. Hay quien, en presencia de hemoptisis repetidas se ha dejado engañar por su relativa

(7) Grall y Marchoux, *Paludisme*, en "Traité de Pathologie exotique", [1910] p. 259, 260.

pequeñez, atribuyéndolas a várices en la base de la lengua. Otros conceden un gran valor negativo a la ausencia de signos, como los dedos hipocráticos, por ejemplo, que es inútil buscar en las etapas iniciales del mal. sin tener en cuenta, por otra parte, que este signo no constituye un monopolio exclusivo de la tuberculosis; los dedos hipocráticos revelan varias afecciones bronco-pulmonares que nada tienen qué ver con aquella (bronquitis, bronquiectasia, enfisema, asma, pleuresía crónica, fibrinosa o purulenta....) varias cardiopatías (lesiones valvulares, aneurisma), inflamaciones y neoplasias del mediastino,... enfermedades todas en las que hay una congestión persistente de las partes terminales, pero además se ha observado su ocurrencia en muchas cirrosis hepáticas, mal de Banti, etc., de modo que conforme apunta French (8), no deben atribuirse a un factor mecánico solamente sino también a un factor químico.

En otras ocasiones, por el contrario, el médico deja de justipreciar ciertos datos susceptibles de arrojar mucha luz en casos de dudosa interpretación clínica: la ocurrencia anterior de una pleuresía o una artritis, de una *fístula in ano,* de ganglios cervicales, por ejemplo. El prejuicio de que la tuberculosis es una enfermedad exclusivamente de jóvenes, tan arraigado entre nosotros, muchas veces le desorienta: parece prescindir de las estadísticas que le demuestran, conforme observa Cabot, que "la tuberculosis ocurre tan frecuentemente en las últimas décadas de la vida como en las tempranas" (2).

El laboratorio resolverá en última instancia todas las dudas y a él es indispensable recurrir, pues qpue nos presta elementos eficacísimos de ayuda para esclarecer el diagnóstico.

Na hagamos mención del posible hallazgo de plasmodias en la sangre periférica, porque el sujeto puede haber ingerido previamente dosis de quinina suficientes para hacer desaparecer, siquiera temporalmente, las formas circulantes; pasemos también por alto la probabilidad de encontrar el gérmen de Koch en los esputos, porque puede aún no haberlos; pero aún en la ausencia del hematozoario y del bacilo, nos hallaremos pronto en posesión de datos inestimables para confirmar una presunción concebida como resultado de la exploración clínica,..... o para desecharla y orientarnos en una nueva dirección. Podemos asegurar, sin rodeos de ninguna clase, que la fórmula leucocitaria es suficiente para sacarnos de dudas en presencia de fiebres intermitentes maláricas o tuberculosas. No hay discrepancia en los autores al afirmar que el paludismo está caracterizado por ligera leucocitosis y predominio de los polimorfonucleares neutrófilos inmediatamente antes del escalofrío y durante el

(8) French. "Index of Differential Diagnosis", 3a. ed., [1919], p. 31.
[2] obra citada, t. i. p. 473.

acceso febril, y por leucopenia y mononucleosis en los períodos apiréticos; pero Audain (9) insiste más que ningún otro en hacer ver toda la utilidad que este dato reporta al diagnóstico. Se trata, en efecto, de un desequilibrio que indudablemente tiene gran significación; los mononucleares grandes y medianos (incluyendo las formas de transición), que normalmente no pasan de 8 a 10%, llegan a la terminación del paroxismo a un 15 y 30% y en la apirexia alcanzan cifras increíbles, 40 y hasta 60%; persisten en esas proporciones aús meses después del acceso y apenas se modifica su proporción numérica como no sea en presencia de graves complicaciones viscerals de orden séptico. Para Stephens y Christophers (9) este signo, aún aisladamente considerado, predispone grandemente el ánimo en favor de una sospecha de paludismo.

Se ha objetado que la quinina puede *per se* dar lugar á una mononucleosis, en ausencia de toda invasión malárica; es cierto, pero asegura Audain que no pasa entonces de un 15%. Otra objeción importante es el número relativamente crecido que estas formas, igual que los linfocitos, alcanzan en la infancia y en la niñez normalmente. De todas suertes, es tan desemejante la fórmula leucocitaria palúdica con la que prevalece en la tuberculosis precoz, que su investigación, repetimos, constituye un poderosísimo auxiliar. Hemos investigado cuidadosamente la fórmula en 50 casos de tuberculosis pulmonar incipiente, todos confirmados por la demostración del bacilo de Koch en el esputo (aunque aseguramos que los signos estetoscópicos permitían incluir a todos en el grupo de casos tempranos o solo moderadamente avanzados), de entre los enfermos que acudieron últimamente a la consulta del Instituto de Medicina Tropical y a nuestro consulta particular; nuestras pesquisas nos dicen que en 43 casos o sea un 86% coexisten una linfocitosis de 30 a 35% y una eosinofilia de 6 a 8% (se hanexcluído casos de parasitismo intestinal a que podría recriminarse esta última). No vacilamos, pues, en afirmar que ambas fórmulas leucocitarias,

I.—(a). Leucocitosis con polinucleosis durante el acceso.
(b). Leucopenia con mononucleosis fuera del acceso; en el paludismo intermitente, y

II.—Linfocitosis acompañada de ligera eosinofilia, en la tuberculosis incipiente,

son absolutamente características de esas dolencias. (No se olvide que nos referimos exclusivamente a la tuberculosis incipiente o poco avanzada; la tuberculosis cavitaria, desde luego que está caracterizada por una fórmula distinta, pues que ya no es una tuberculosis

(9) Audain, "Fiévres Intertropicales", [1909], p. 469-471.

pura; su diagnóstico diferencial lo consideraremos luego junto con el de las demás formas de sepsis pulmonar, que es realmente el lugar que patogénicamente le corresponde. Entonces nos ocuparemos también del índice de Arneth a que no queremos hacer alusión por ahora).

Fuera del estudio de la fórmula leucocitaria, hay otro punto importante en el diagnóstico hematológico del paludismo. Es bien sabido que el hematozoario, sino se revela directamente en la sangre periférica, deja huellas de su paso; en presencia ya sea de fragmentos del parásito o, lo que es más fácil de reconocer, de grandes hematíes policromatofílicos y sobre todo de leucocitos melaníferos, no debe haber duda razonable. Estos últimos, insisto, deben buscarse siempre, no en frotis delgados o de sangre bien extendida con que generalmente se opera, sino en frotis bastante espesos tratados por una débil solución acética antes de la coloración o, mejor todavía, diluyendo unas cuantas gotas de sangre en agua y centrifugando, para recoger luego una gota del depósito que se fijará y teñirá adecuadamente; procediendo en una u otra forma, la hemoglobina queda disuelta, no se hacen visibles las grandes masas de glóbulos rojos y resulta, por tanto, más fácil el hallazgo de grandes mononucleares y formas de transición, que es donde generalmente se encuentran gránulos de pigmento melánico.

La reacción cromogénica de Moritz-Weisz en la orina, así como las fosfaturia (índice de la desmineralización) son buenos elementos para afirmar una tuberculosis dudosa, frente al paludismo, ya que raramente ocurren en esta última enfermedad. No quiero mencionar otra reacción cromogénica, la diazo de Ehrlich, que muchas autoridades ofrecen como signo diagnóstico de tuberculosis, y que además sirve para sentar pronósticos graves, por la razón de que no ocurre sino en casos avanzados o de marcha agudísima. Nosotros la hemos encontrado a lo menos en tres casos de paludismo intermitente observados en Aguadilla, casos en los cuales se confirmó el diagnóstico por la demostración de plasmodias y en los que no era lógico presumir una concomitancia tifoídea o tuberculosa, porque curaron rápidamente con quinina y enseguida dejó de ocurrir la reacción. Castellani dice que esta reacción es positiva en un 5.5% de casos de paludismo (10).

Debemos mencionar aquí también la iodo-reacción de Petzetakis que ocurre igualmente en la orina de sujetos tuberculosos. Generalmente negativa en la tuberculosis "cerrada", es muy útil, como positiva, en casos de marcha rápida. Costituye, pues, un excelente medio de pronóstico que muchos emplean. Ya volveremos a referirnos a ella cuando tratemos de las fiebres tíficas.

(10) Castellani y Chalmers, "Tropical Medicine", 2a. ed., (1913) p. 863.

Sería oportuno referirnos ahora a la *congestión pulmonar aguda* en su forma llamada "idiopática" o primaria, para distinguirla de la secundaria que sobreviene como complicación o secuela en diversas enfermedades infecciosas.

Bien conocida la fisonomía clínica tan variable de esta afección que puede recorrer todas las gradaciones entre el tipo pneumónico de Woillez y el pleuro-pulmonar de Potain, sólo recordaremos que en el primero la temperatura sigue la misma curva contínua remitente que en las pneumonías lobares, y por consiguiente la consideraremos junta con éstas en el siguiente grupo de pirexias; en el segundo tipo de congestión la fiebre es intermitente, con acceso diario vespertino, igual que en la tuberculosis. Dado el curso a veces prolongado de estos procesos y la falta de una sintomatología local característica, se confunden muy a menudo con el paludismo, sobre todo cuando éste ha dado lugar a determinaciones pleuríticas o pleuro-pulmonares como aquellas de que ya hemos hecho mención. Nosotros creemos que no hay razón nosológica que justifique la separación clínica de estas congestiones agudas o sub-agudas; como dice Bezancon, (11) o son pneumocococias atenuadas o brotes evolutivos de tuberculosis y deben reintergrarse al cuadro de una u otra de dichas pneumopatías. Sería imposible diferenciar por los signos físicos solamente estas congestiones de tipo febril intermitente del pneumo-paludismo a igual forma febril; pero, conforme vimos al ocuparnos de la tuberculosis precoz, el laboratorio nos ofrece medios eficaces para poder establecer una correcta diferenciación.

PALUDISMO Y SEPSIS.—Probablemente ningún estado febril se confunde más a menudo con las pirexias intermitentes de etiología palúdica que las infecciones sépticas en sus complejas y muy varias modalidades. Incluímos bajo esta denominación todos aquellos procesos resultantes de invasiones generalizadas y de localizaciones secundarias subsecuentes, por alguno de los gérmenes que forman el nutrido grupo de piógenos, unos de dichos procesos todavía diferenciados por ciertos autores con los nombres de "septicemia", "piohemia" y "séptico-piohemia", otros no menos bien definidos clínicamente, pero impropiamente agrupados bajo la designación colectiva de "toxihemia", y por último las infecciones focales primarias en vísceras, glándulas, mucosas, serosas, huesos, músculos, articulaciones y tejido subcutáneo. Los estreptococos, estafilococos y pneumococos de distintas especies y razas, el colibacilo, el bacilo piociánico y demás agentes de la supuración están tan diseminados en la

(11) Bezançon y De Jong, "L'examen des crachats" (1912), p. 149.

Naturaleza que, como dice Jurgensen (12), al referirse a ellos no cabe preguntar "de donde vienen; dónde se encuentran?", sino más bien "dónde no se encuentran?" El síndrome de fiebre intermitente recorrido en un ciclo de periodicidad variable es lo que hace a estos procesos parecidos al paludismo: esa periodicidad puede ser terciana, puede ser cotidiana, puede ser doble (dos accesos diarios); la curva otras veces afecta un tipo contínuo o subcontínuo que resulta generalmente, como en la malaria, de accesos múltiples repetidos, verdaderos paroximos subintrantes; en otras la curva ofrece remitencias más o menos marcadas, en otras, finalmente, es de una irregularidad absoluta. Todas estas variaciones térmicas se explican perfectamente por el hecho, en primer lugar, de que en esos micro-organismos la vida individual no tiene una duración limitada ni tampoco su capacidad reproductora, y además porque la exaltación ó atenuación de su virulencia, así como las defensas que en su contra disponga la economía, son factores de grandísima instabilidad. Es de suma importancia tener presente que la presencia y actividad de los gérmenes piógenos en el organismo sólo puede revelarlas la observación de que la distribución de la temperatura (es decir, de sus altas y bajas) durante el día se desvía de la normal: sin que esté aumentada de una manera absoluta, su cifra más alta en días sucesivos puede ocurrir ya en la mañana, ya al mediodía, o en la tarde y primeras horas de la noche, la cifra más baja variando de igual modo. Este dato nos será provechoso recordarlo cuando tratemos de diagnosticar ciertas formas latentes de paludismo que con mucha frecuencia sólo se manifiestan por una ligerísima y fugaz elevación térmica que no pasa de 3 o 4 décimas.

Para el mejor estudio y diferenciación de estos procesos seguiremos la clasificación de Jurgensen (12) en cinco grupos, a saber:

(a) aquellos en los cuales predominan fenómenos generales (las llamadas septicemias);

(b) aquellos en que la localización cardiaca es más prominente;

(c) aquellos en que predomina la localización en huesos y articulaciones;

(d) aquellos en que predomina la invasión de la piel y tejidos blandos, extendiéndose a las membranas mucosas y serosas;

(e) aquellos en que predomina la localización en los órganos internos.

Nos proponemos empezar con el último grupo y dentro de éste, daremos la preferencia a los procesos sépticos del aparato respiratorio, ya que

[12] "Modern Clinical Medicine" [Die Deutsche Klinik], t. "Infectious Diseases", (1905), p. 646, 655.

el primer diagnóstico diferencial considerado fué el de la tuberculosis pulmonar incipiente y a éste lógicamente debe seguir el de la forma avanzada.

(A) *Sepsis bronco-pleuro-pulmonar.*—Incluiremos aquí, pues, la tísis pulmonar crónica en sus etapas avanzadas, ya que, como digimos antes, ésta no es una tuberculosis pura sino realmente una infección mixta, los micro-organismos de la supuración constituyendo, junto con el de Koch y saprofitos diversos, la flota cavitaria; la bronquiectasia, porque también en esta afección son aquellos agentes sépticos los que juegan el papel principal; y finalmente, por razones óbvias, el absceso y gangrena del pulmón y el empiema. Caracteriza a todos estos procesos una fiebre periódica, en virtud de cuya circunstancia se confunden no con poca frecuencia con el paludismo de forma intermitente.

El tipo febril en la tísis avanzada tiene mayor semejanza con el de las intermitentes palúdicas que el de la tuberculosis precoz. Precedida, como sabemos, de un escalofrío a veces bastante intenso, la elevación térmica alcanza cifras muy altas y puede sobrevenir en forma de accesos dos y tres veces repetidos en las 24 horas. Para algunos es típico del período cavernoso el descenso matutino subnormal que, según observa Staehelin (13), llega hasta la temperatura de colapso. De todas suertes, esta fiebre héctica que, repetimos, no es sino la expresión de un estado séptico, va acompañada de un conjunto de manifestaciones que traducen la doble impregnación séptico-tuberculosa: la anemia intensa, la deshidratación de todos los tejidos de que son sintomáticos la diarrea, los sudores nocturnos y la pérdida de elasticidad de la piel; la astenia profunda, el edema maleolar bilateral o el unilateral de flegmasia.... todo este cuadro parecería revelar una "tisis consumata" cuya presunción podría corroborarse mediante la debida exploración local. Y sin embargo, con cuánta frecuencia se prescinde de ésta y atribuye el clínico, enteramente despistado, a determinaciones pleuro-pulmonares de orígen palúdico los trastornos funcionales de tos, disnea, punta de costado, etc., que a la ligera observa.

La persistencia de la menstruación supone para muchos un indicio negativo de tuberculosis, especialmente cuando este flujo persiste a pesar de la cronicidad de los síntomas sospechosos; bien lejos de la realidad; en nuestra serie de casos hemos podido constatar que la función menstrual se ha mantenido hasta en un 33% de enfermas con lesiones tempranas o moderadamente avanzadas y en un 15% de otras ya entradas en el período cavitario (todos bacterioscópicamente confirmados). Además, no debe

[13] Mohr y Staehelin, "Tratado de Medicina Interna", t. vi, p, 270.

atribuirse un valor tan excesivo como es corriente en Puerto Rico al dato amenorrea, ya que se le observa con mayor o menor constancia en afecciones como la clorosis, la sífilis, la anemia perniciosa, la obesidad y otros que etiológicamente nada tienen de común con la tuberculosis. Al llegar a este punto conviene mencionar la fiebre premenstrual a la que tanta significación dan ciertos autores: la aparición de fiebre pocos días antes y durante el flujo, en enfermas apiréticas, constituye una fuerte presunción en apoyo de la tuberculosis.

El examen hematológico no ofrece la misma ayuda que en las etapas iniciales de la tuberculosis; a la linfocitosis sucede ahora una polinucleosis neutrofílica y al aumento de eosinófilos la casi total desaparición de estos glóbulos que reaparecen, sin embargo, en los períodos de mejoría. La sangre revela también, pues, el estado séptico del organismo. Si se toma la muestra en pleno acceso febril, no podríamos diferenciar, por su sólo análisis, estas tuberculosis del paludismo, ya que, conforme dejamos anotado, aquí también hay aumento de polinucleares durante el paroxismo; a la terminación de éste ya sería más fácil, pues que no constataríamos en la sangre de un tísico la mononucleosis marcada que caracteriza las fases apiréticas de la malaria. El estudio de la sangre nos trae a considerar ahora otro signo que algunos tisiólogos juzgan de gran valor diagnóstico: la determinación del índice de Arneth. No necesitamos entrar en detalles bien conocidos; sólo nos basta recordar que, para dicho investigador, los leucocitos de uno y dos núcleos son menos resistentes y por ende menos aptos para combatir infecciones que aquellos cuyos núcleos exhiben 3, 4 o más lóbulos; los primeros aparecen aumentados en las tuberculosis crónicas, de modo que hay inclinación proporcional a las cifras de la izquierda, o lo que es igual, el índice se desvía en tal dirección; así Kahn (14), partiendo de la base de que el índice normal, según Minor, es de 48.5 (suma de los metamielocitos o pro-leucocitos y polinucleares de dos segmentos, más la mitad de los de tres, en lugar del de Arneth, que sólo incluye en su índice la suma de las dos primeras categorías), encuentra para sus casos el siguiente promedio: 71 para los ligeros, 80 para los moderados, 92 para los avanzados. Sahli (15) y otros autores por él mencionados niegan la utilidad diagnóstica de esta fórmula. Nuestra experiencia nos hace inclinarnos hacia esta última apreciación. Hemos investigado cuidadosamente la fórmula en 50 de los casos confirmados que examinamos en este Instituto; el resultado es éste:

59 en los casos ligeros,
62.5 en los casos moderados,
68.5 en los casos avanzados. . . . . Promedio 63.7

[14] Kahn en *The Jour of Lab & Clin Med*, t. i. (1916), p. 602-4.
[15] Sahli, "Diagnostic Methods". (1917.) p. 807.

para todos los casos de tuberculosis. Cuán poco ha de ayudarnos la determinación de dicho índice en la diferenciación que ahora más nos interesa, nos lo dirá la cifra obtenida por Gutiérrez (16) en el paludismo: 74 en 100 casos en los que se comprobó la presencia del *Plasmodium vivax* o del *falciparum*, uno u otro. Conviene advertir que en todos estos casos las muestras fueron tomadas en la apirexia, es decir cuando mayor número de mononucleares hay en la circulación. También es preciso notar que en todos ellos coexistía parasitismo intestinal, lo que trae la eosinofilia consiguiente; ahora bien, como quiera que la generalidad de células eosinófilas no tienen más que dos segmentos nucleares, algunas pocas 3, cabe suponer que ésto tenga alguna influencia en la marcada desviación del índice hacia la izquierda. Además, en los filipinos se ha encontrado que esa desviación ocurre normalmente en sujetos que ni son tuberculosos ni palúdicos, y hay quien, por extensión y por analogía, la aplique igualmente a todos los naturales de los trópicos.

El análisis químico-microscópico del esputo saca al práctico de grandes apuros: la demostración del bacilo de Koch, posible en la casi totalidad de estos casos avanzados, es, naturalmente, decisiva. Es este un recurso del cual no debe prescindirse bajo ninguna circunstancia; antes bien, en las ocasiones de resultado negativo por lo que al Koch se refiere, debe el examen del esputo reiterarse una y otra vez, recurriendo a la previa homogeneización para mayor garantía. Recientemente ha publicado Distaso (17) un procedimiento sencillo y eficaz, acerca de cuyos excelentes resutados puedo ofrecer testimonio; homogeneización en una lámina porta-objetos, tratando una gruesa partícula del esputo, o mejor varias "lentículas", con una gota de soda caústica al 5% ; extensión en capa delgada y coloración con fuchina carbólica, como en el procedimiento ordinario, pero durante 15 minutos y en el incubador; lavados sucesivos en solución de Esbach y agua a partes iguales, en ácido nítrico al cuarto, agua sola, alcohol de 60% y otra vez agua; coloración de contraste con verde malaquita; tales son las etapas de este nuevo método.

El hallazgo de fibras elásticas en el esputo nos revelará la existencia de una lesión destructiva del parénquina, que puede o nó ser de origen tuberculoso. Debe investigarse siempre la fórmula citológica: predominio de linfocitos y células mononucleadas en las primeras fases; polinucleosis cuando ya se ha establecido la infección mixta. Determínense, además, los componentes de la flora; hay micro-organismos, como el tetrágeno, cuya sola presencia ha bastado para afirmar rotundamente la

[16] Gutiérrez Igaravidez, "La imagen leucocitaria y el índice de Arneth, en 100 casos de Malaria", (1917.) p. 4.

[17] Distaso en *The Lancet*, [1920], no. 5027.

existencia de cavernas: esto es inexacto: Bezancon (11) lo ha aislado en un caso de meningitis mortal apirética, Forneaca (18) ha reportado uno de septicemia tetrágena; yo mismo tuve la fortuna de observar un caso de abscesos múltiples subcutáneos, especialmente del cuero cabelludo, en el pus de los cuales encontré el expresado micrococo en cultivo puro; por cierto que se pretendió poner en claro su relación etiológica de una manera por demás curiosa: el niño en quien se desarrolló luego la infección tetrágena, recibió días antes y durante el curso de una coli-bacilosis, algunas inyecciones hipodérmicas de estimulantes corrientes; el enfermero que practicaba dichas inyecciones tenía por costumbre soplar las agujas para vaciarles enteramente el agua, luego de usadas y después de haber sido esterilizadas; cuando aparecieron los primeros abscesos y se hizo la determinación bacteriológica, alguién creyó que el origen de la nueva infección había que buscarlo en los esposa del enfermero que soplaba las agujas; la esposa en cuestión era una asmática crónica que además había sufrido uno o dos brotes pneumónicos y a quien se suponía tuberculosa: ni tuvo la menor relación con el enfermito, ni en sus esputos se encontró nunca el tetrágeno, ni creo haber llevado el convencimiento de que la pobre señora no tuviese nada que ver con la etiología del proceso en cuestión, ni tampoco creo haber llevado el convencimiento de que era más cuerdo relacionar la etiología con el propio marido, ya que el micrococo tetrágeno es un huésped habitual de la mucosa faríngea y bronquial, aún cuando se le encuentre, como con mucha frecuencia se le encuentra, en los esputos procedentes de cavernas tuberculosas y de cavidades bronquiectáticas.

Aún aparte del examen bacterioscópico en general, conviene no prescindir del análisis químico del esputo, pues, aunque la presencia de la albúmino-reacción de Roger y las pruebas de Falk y Tedesco, sobre eliminación de ácido salicílico, y de Moscati y Pozzilli, sobre aumento en la proporción de glicógeno, ocurren en todos los casos de exudación inflamatoria del parénquima pulmonar, su ausencia constante en casos de pneumo-paludismo es de no escaso valor diagnóstico, como igualmente servirían, cuando fuesen constantemente negativas, para rechazar una presunción de tuberculosis. No dejaremos lo que al esputo se refiere sin decir aunque sean dos palabras acerca de un procedimiento puesto en práctica, afortunadamente por rareza: me refiero a la administración de ioduro potásico a enfermos sospechosos de tuberculosis, con objeto de provocar una exudación bronquial y examinar ésta bacteriológicamente: semejante práctica es arriesgadísima y debe condenarse al igual que su congénere,

[11] obra citada, p. 173.

[18) Hins y Zinsser, "Text-book of Bacteriology", (1914), p. 334.

la llamada "prueba terapéutica" del paludismo, pues si el sujeto es realmente tuberculoso, puede el ioduro dar lugar al reblandecimiento de un nódulo del parénquima o ganglio extra-pulmonar, despertando de esa suerte la actividad de un proceso quizás latente hasta entonces.

De intento habíamos omitido toda alusión a la apreciación de los signos físicos en los períodos avanzados de la tísis. Son tan netos e inconfundibles para la generalidad de los prácticos, que verdaderamente asombra que en algunos ocasiones se hayan ignorado de tal modo que únicamente sea posible atribuirlo a una sola causa: insuficiencia de observación. El clínico seguramente se ha dejado engañar por respuestas capciosas a su interrogatorio más o menos bien ordenado, ha creído todo lo que el enfermo le aseguró con respecto a su euforia, etc., y, en consecuencia, ha renunciado a una exploración que lo habría puesto en buen camino, para ir a un falso diagnóstico sólo justificado por la intermitencia y otras características de la fiebre. Pase sin la debida diferenciación un proceso que en sus etapas iniciales se revelaba por una escasez de síntomas todos ellos atribuíbles a la pirexia que entre nosotros reina como soberana casi indiscutible, ya que se hubiese tenido a bien prescindir totalmente del aporte valioso del laboratorio, pero ciertamente debe ser inexcusable que pase borroso y confuso a nuestra vista un cuadro sindrómico cuya interpretación correcta pondrá en evidencia las fases podríamos decir finales de un mal que ya en estas circunstancias no cabe razonablemente esperar que sea desapercibido.

No nos detendremos a enumerar los signos clásicos que la exploración de la caja torácica revela al clínico en los dos períodos de reblandecimiento y formación de cavernas; tal vez no estaría demás, sin embargo, recordar uno de gran provecho que la vista y el tacto sólos pueden apreciar: la contracción espasmódica que sigue a un ligero estímulo, conjuntamente con la atrofia, de los músculos trapezio, escalenos y esterno-mastoídeo, tan bien descrito por Pottenger y cuya significación se justiprecia fácilmente. Pero sí consideramos deber nuestro, frente a la diferenciación con las localizaciones pleuro-pulmonares en el paludismo, *contrastar*: de un lado, su poca fijeza y la extensión del territorio afectado, variable de un día a otro y frecuentemente en el transcurso de horas, su acentuación siempre coincidiendo con las exacerbaciones térmicas y su predilección por las bases y por la hoja pleural diafragmática: de otro lado, la constancia y fijeza de los signos físicos, su absoluta independencia respecto de paroxismos febriles y su asiento preferentemente en los vértices y en la pleura circundante, de las lesiones tuberculosas cuyas fases evolutivas, ya en progresión, ya en regresión, pueden generalmente precisarse, como también se evidencian fácilmente sus fases estacionarias. Más difi-

cil resulta la diferenciación de los procesos pneumónicos en el paludismo remitente, pero éstos ocuparán nuestra atención cuando abordemos las pirexias del segundo grupo.

No podemos dejar de lado esta cuestión sin insistir nuevamente acerca de la utilidad del examen de los esputos en todos aquellos casos en que los hubiere. Aparte del bacilo de Koch, puede ayudarnos a descubrir la existencia en nuestro país de un buen número de infeccions crónicas del aparato respiratorio, muy diseminadas en diversas zonas tropicales: tales son la paragonimiasis o hemoptisis endémica, la espiroquetosis bronco-pulmonar, la bronco-moniliasis de Castellani, la aspergilosis,..... procesos todos clínicamente imposible de diferenciar de las tuberculosis crónicas y cuyo diagnóstico sólo el microscopio puede revelar.

Los otros procesos sépticos bronco-pulmonares, a saber: la bronquiectasia, el absceso y gangrena del pulmón, ciertas pneumoconiosis y el empiema, incluyendo las pleuresías purulentas enquistadas (la diafragmática y la interlobar), no tienen de común con el paludismo más que el síntoma fiebre, que por lo general afecta el tipo intermitente con escalofrío inicial y sudoración post-febril. Parecería petulancia querer establecer el diagnóstico diferencial de estos procesos, por lo regular tan netamente definidos, con la malaria intermitente: los síntomas funcionales y los signos locales son tan característicos que parece imposible toda confusión y, sin embargo, el clínico más sagaz se vé en ocasiones sorprendido por estas infecciones, secundarias las más de las veces, que se fraguan del modo más insidioso, ofreciendo, por lo menos al principio, un cuadro sintomatológico de difícil interpretación y solicitando su atención hacia muy distintas orientaciones. Recuerdo ahora dos casos en los cuales el diagnóstico, a falta de toda sintomatología local, estuvo indeciso por algún tiempo y vino a formularse más tarde por incidencias que ni remotamente pudieron sospecharse al principio.

En uno de ellos, niña de siete a ocho años, convaleciente de una bronquitis capilar y apirética por más de dos semanas, se estableció una fiebre de intermitencia franca con ligera sensación de escalofrío al iniciarse los accesos; éstos ocurrían primeramente en *días alternos*, por cuya circunstancia hube de sospechar paludismo, indebidamente, como me fué dable comprobar luego. Abonaban aquella presunción, sin embargo, dos datos: uno de ellos la carencia absoluta de signos físicos locales; otro, la anterior residencia de la niña en un lugar palúdico donde tiempos atrás sufriera fiebrecitas de naturaleza indeterminada; así y todo quise asegurarme mediante el correspondiente examen hematológico, pero, a causa de la distancia que me era preciso recorrer para llegar a su morada, no logré nunca verla ni antes ni durante un acceso, sino algunas horas después

de pasado; esperando una ocasión favorable, ocurrió una mañana en mi presencia un episodio altamente emocionante que nunca olvidaré: la enfermita acusó de pronto un violento dolor en el hueco axilar izquierdo, con ortopnea y tos sofocante que culminó en la expectoración brusca de una regular cantidad de pus, cremoso al empezar, sanioso luego y cargado de partículas descompuestas, debris y pequeños colgajitos de tejidos que recogí para su examen microscópico. Pude darme cuenta de que me las había con una vómica y el diagnóstico retrospectivo ya fué fácil: se trataba seguramente de un absceso pulmonar peri-bronquial consecutivo a un foco bronco-pneumónico, y probablemente por su situación central, profunda, no me fué posible descubrirlo antes a la auscultación. En efecto, de entre toda aquella masa de debris pude separar dos trocitos circulares, de color rojo obscuro, casi negruzco, que resultaron ser fragmentos de un bronquio pequeño enteramente necrosado. Al día siguiente aparecieron, perfectamente definidos, los signos cavitarios a nivel del foco donde sintió la niña su punta de costado momentos antes de verificarse la vómica. El curso ulterior fué bueno, con un rápido retorno a la obliteración de la pequeña caverna y a la subsiguiente normalidad respiratoria. Aquel caso, observado casi en los comienzos de mi práctica, hace cerca de catorce años, me enseñó a no posponer el examen de la sangre en ninguna pirexia más allá del tercer día: de haberlo practicado a aquella enfermita tan luego lo pensé, me habría cerciorado de que no había tal paludismo, como me engañó al principio al tipo terciano de la fiebre y las demás circunstancias anotadas, sino un proceso séptico que posiblemente no hubiese podido localizar, dada la falta de síntomas funcionales y de signos topográficos, pero que, teniendo en cuenta los datos anamnésicos, recientes, me habría permitido una expectación mejor orientada.

El otro caso a que me referiré brevemente fué el de una enferma de endometritis puerperal en su estadío de declinación. La curva térmica, que iba descendiendo en lisis gradual y progresiva desde hacía más de una semana y apenas alcanzaba ya a 37.5 en sus exacerbaciones vespertinas, se elevó un día considerablemente de pronto, llegando a más de 40° y sosteniéndose casi invariable durante 24 horas: al siguiente día emperazon las intermitencias, estableciéndose un tipo de oscilaciones amplias con máximas de 40° y 40.5 y mínimas subnormales, acompañadas de todo el cortejo séptico: escalofríos, sudores, quebrantamiento, adinamia, diarrea, facies pálida, terrosa.... La sangre exhibía una leucocitosis de 16 a 17,000 (préviamente el contaje de leucocitos había arrojado, la última vez que se practicó, una cifra muy próxima a la normal): había además una polinucleosis de más de 80% y ausencia de eosinófilos; la orina era escasa y contenía albúmina. No había signo ni síntoma alguno

de anormalidad respiratoria; nada que indicara ninguna otra localización. Debimos, pues, inclinarnos a recriminar a un foco oculto en el endometrio o en algún anexo lo que clínicamente parecía traducir una recrudescencia de la infección puerperal. Una exploración genital cuidadosa no descubrió nada; instituímos, sin embargo, o mejor volvimos, al tratamiento local por medio de irrigaciones antisépticas, etc., hasta que cuatro o cinco días después, y casi de una manera súbita, se nos reveló un cuadro clínico de muy diversa sintomatología a la que hasta entonces presentaba nuestra enferma: tos seca y quintosa, dolor muy agudo en el costado izquierdo y en la parte postero-inferior de la espalda, disnea, náuseas, vómitos,...... Constatamos una inmovilidad respiratoria casi absoluta en todo el lado izquierdo, ligero abovedamiento de la base hacia atrás y *loco dolenti* una pulsatilidad isócrona con los latidos cardíacos y edema subcutáneo en un área como de 5 cms. cuadrados; a la percusión y auscultación, los signos clásicos de un derrame pleurítico (macidez dura, abolición de las vibraciones y del murmullo vesicular, etc.) La punción exploradora nos demostró que el derrame era francamente purulento; se trataba, pues, de un empiema no sospechado porque lógicamente no pudo serlo hasta aquel mismo día.

En el caso precedente no tuvimos por qué sospechar paludismo, amén de que el hemanálisis lo habría rechazado, pero Mannaberg (19) cita uno muy instructivo a este respecto. Se trataba de un sujeto residente en una región malárica, que durante siete meses venía padeciendo de paroxismos febriles intermitentes, quejándose además de dolor en el costado izquierdo; objetivamente se comprobó un área de macidez postero-inferior sobre la cual se oía respiración bronquial. Se diagnosticó pneumonia palúdica crónica y el desgraciado enfermo fué tratado largos meses con quinina; a pesar de que dicha droga no influía ni ligeramente en la marcha del proceso, aquel diagnóstico interesante se mantuvo hasta que al fin se encontró un médico que lo puso en duda e hizo una punción exploradora: el sujeto curó después de una toracentesis que evacuó litro y medio de *pus bonum et laudabile.*

Repetiremos, pues, en conclusión, que es bien fácil mediante el examen de la sangre, diferenciar todas estas sepsis del paludismo con el que las confunde, para muchos, el tipo intermitente febril. Investíguese siempre la sangre teniendo cuidado de tomarla fuera de los accesos: una mononucleosis abundante afirmaría el paludismo, en defecto del plasmodio cuya investigación naturalmente que debe hacerse de preferencia algún tiempo antes del acceso. Una leucocitosis alta con polinucleosis y ausencia de eosinófilos es lo que encontraremos en toda sepsis; esos tres

[19] Nothnagel, "System of Medicine", t. *Malaria*, &, p, 438.

elementos constituyen lo que Simon (20) llama el "factor séptico"; su constancia es absoluta en toda fiebre de supuración. La reacción iodofílica leucocitaria no nos ha dado resultados constantes. Por otro lado, la presencia de albumosas en la orina hemos podido constatarla en muchos casos de supuración prolongada, como son en su mayor parte las del árbol respiratorio.

(B) *Sepsis hepato-biliar.*—El paludismo tiene más puntos de contacto con las afecciones hepáticas que con las de ningún otro órgano u aparato de la economía y esto se explica por ser el hígado, entre todas las vísceras, fuera del bazo, la más vulnerable a la infección malárica. Se comprende, pues, que las semejanzas, en cuanto al tipo febril, del paludismo con los procesos sépticos en general sean aún mayores con los del aparato biliar y que éstos pasen desapercibidos o confundidos con aquél, al menos en sus períodos iniciales.

La fiebre en estos procesos puede manifestarse de tres modos distintos:

(i) El tipo intermitente franco, que se inicia con escalofrío seguido de hipertermia con taquicardia y demás fenómenos concomitantes, durando algunas horas para terminar con sudoración profusa; estos accesos ocurren generalmente con periodicidad fija cada 24 horas, otras veces con intervalos de apirexia completa de uno, dos o más días; constituyen la llamada "fiebre bilio-séptica" de Chauffard.

(ii) El tipo remitente o contínuo, en el cual las exacerbaciones son poco acentuadas y la temperatura oscila alrededor de una cifra baja, pero superior a la normal; en ocasiones no raras el tratado es casi horizontal, constituyendo la "monotermia" de Gilbert (21).

(iii) El tipo efímero o sea el acceso único más o menos prolongado que acompaña las crísis de cólico hepático y se repite generalmente a cada nueva incidencia; es la denominada "fiebre hepatálgica" de Charcot.

Por ahora sólo nos ocuparemos del primer tipo; los otros dos reclamarán nuestra atención al estudiar las fiebres palúdicas contínuas y perniciosas; el último también habremos de diferenciarlo de la fiebre filárica en su forma más común: el acceso cíclico que regularmente acompaña a la linfangitis.

Refiriéndonos primeramente al paroxismo febril en sí, vemos que concurren en el de las infecciones biliares los mismos elementos que integran el de las palúdicas intermitentes; creen algunos que la ocurrencia de estos últimos, más usualmente de media noche a medio día, puede ayudar

(20) Simon, "Clinical Diagnosis". 8a. ed. (1914). p. 50.

[21] Castaigne y Fiessinger, "Maladies du foie et des voies biliares", [1912, p. 59.

a una presunción diagnóstica frente a la ocurrencia de los primeros, generalmente lo contrario, esto es, de medio día a media noche. Creen otros que los escalofríos repetidos dos y hasta tres veces en las 24 horas son evidencia casi segura de bilio-sepsis, olvidando que también puede ocurrir lo propio en la malaria, traduciendo esos escalofríos dos o más esquizogonias superpuestas. Para otros la palidez del semblante durante el acceso es un indicio más que probable de paludismo si se la contrasta con la cara enrojecida y la mirada ardiente y brillante que comúnmente se observa en la sepsis. No nos apoyemos en datos de significación tan realmente deleznable. Una angiocolitis, colecistitis, hepatitis o perihepatitis, pileflebitis, el mismo absceso tropical, todos es seguro que pasarían sin ser sospechados si no tuviéramos en cuenta más que la crisis febril.

Más aún: si de la reacción general pasamos a los signos y síntomas locales, veremos que, cuando menos en los comienzos de aquellos procesos, la dificultad no decrece. Y es que no perdiendo de vista la noción de que el paludismo se asienta con tanta frecuencia en el hígado, determinando trastornos funcionales y a la larga lesiones anatómicas tan bien definidas como las que pudieran achacarse a una infección biliar cualquiera, ascendente o descendente o metastásica, o a una intoxicación, etc., las reacciones a que tales trastornos y lesiones dan lugar se revelan clínicamente por fenomenalidades que en un principio no imprimen sello distintivo alguno a tal o cual factor etiológico sospechado. En efecto, un infarto hepático, una sensibilidad exagerada a la percusión o a la palpación profunda, un dolor espontáneo más o menos agudo, más o menos constante, difuso o limitado a uno de los lóbulos,..... los trastornos fisiológicos más directamente imputables a alteraciones en una o varias de las diversas funciones de este órgano (anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, meteorismo, pirosis.....), aún ciertos signos locales a distancia como la escapulalgia y la esplenomegalia, son todos manifestaciones comunes a las más variadas sepsis biliares y a las lesiones que el plasmodio puede excitar (angiocolitis y hepatitis palúdicas). Del mismo modo una cirrosis palúdica o palúdica pigmentaria puede presentar una fisonomía clínica análoga a la de la cirrosis alcohólica o a la biliar de Hanot, sobre todo en sus primeras etapas.

Hay otros signos que pueden acomodarse a interpretaciones distintas según se sospeche uno u otro factor patogénico: por ejemplo, la hipotermia que en muchas ocasiones sigue a un paroxismo febril intermitente puede hacer presumir una alteración profunda del hígado (de la cual se inculparía al paludismo), o una infección biliar de origen coli-bacilar: conforme hace notar Laffitte (6), "la hipotermia determinada por este

[6] obra citada, p. t. i i.

germen se distingue difícilmente de la que es resultado de la insuficiencia hepática" y achaca a ella misma la escasa o nula reacción febril que se observa en los viejos afectos de angiocolitis, etc. Ni siquiera el signo capital de estos procesos, la ictericia, puede ayudarnos a resolver las dificultades diagnósticas en todos los casos. Es cierto que la infección malárica, dado su carácter hemolizante por excelencia, determina casi siempre una ictericia hemaféica (o mejor hemolítica), es decir, un tinte sub-ictérico de los tegumentos, bastante menos apreciable en las mucosas, con policolia y acoluria, pero en los casos en que la localización hepato-biliar del hematozoario (o su toxina) ha excitado una angiotitis, por ejemplo, la ictericia será franca, es decir, la ordinaria ictericia biliféica, con coloración amarilla de piel y mucosas, con acolia y coluria. Este signo, además, es inconstante y su presentación puede estar muy retardada en todas estas afecciones. Prescindiendo, pues, como parece preciso, de los caracteres ambíguos del tipo febril, de las reacciones locales y a distancia y de los trastornos fisiológicos más directamente apreciables, es evidente que para la diferenciación de la bilio-sepsis precoz, o poco manifiesta, con el paludismo tenemos que recurrir a otras fuentes; éstas son la historia clínica de una parte, y de otra el estudio experimental de la insuficiencia hepática, el análisis de la orina y el de la sangre (de menos importancia, pero útil, sin embargo, es el de las heces fecales).

La anamnesis nos pondrá en posesión de datos que pueden referirse a infecciones pasadas, especialmente fiebre tifoídea y disentería, a cólicos hepáticos seguidos o no de expulsión de cálculos y al hallazgo de éstos en las deposiciones sin que precediera ninguna crísis hepática (casos raros de cólicos "larvados" en que la emigración del cálculo se revela por sufrimientos nerviosos vecinales o lejanos, así como una gastralgía, una hemicránea, una neuralgia dentaria), datos acerca de una oclusión intestinal o de parasitismo, de hemorroides y fístulas rectales, de ulceraciones gastro-duodenales, de apendicitis, etc., todas de gran importancia en la génesis de procesos supurativos hepato-biliares.

La insuficiencia hepática puede explorarse mediante las pruebas de la glucosuria y de la lipemia alimenticias, tan útiles para estimar una alteración profunda del parénquima (como en la atrofia amarilla aguda) y una obstrucción biliar, respectivamente. El análisis de orina nos revelará si la coluria es completa, es decir, eliminación de pigmentos y ácidos biliares (como ocurre en la ictericia por retención) o incompleta, esto es de pigmentos solamente (ictericias hemolíticas). La urobilinuria es para algunos un signo patognomónico de paludismo; pura falacia. Nada ha dado lugar a más controversias que el origen y significación de este pigmento; mientras Hayem, de un lado, lo considera como producto de

un hígado enfermo y en consonancia con esa opinión le atribuye un pronóstico desfavorable, en el extremo opuesto Gilbert afirma su origen renal y traduce su presencia en la orina como resultante de la defensa del organismo contra la intoxicación biliar y como índice seguro de la permeabilidad del riñón. Además, la urobilina se encuentra en un número tan considerable de estados patológicos que, como observa Laffitte, (6) "es más sencillo decir las afecciones en que *no* existe que enumerar la larguísima lista de enfermedades en las cuales es susceptible de presentarse." Para Jeanselme (22) es distintivo el aumento en la tara de urea en los accesos palúdicos contrastando con su disminución en los accesos biliares. Más provechoso todavía para un diagnóstico es el hallazgo, en el sedimento, de cristales de leucina y agujas de tirosina, que descubren una alteración anatómica profunda de la glándula hepática.

El exámen químico-biológico de la sangre no nos sacaría de dudas en una diferenciación séptica o malárica, pues lo mismo la bilirubinemia y la urobilinemia que las reacciones hemolíticas (resistencia globular disminuída, auto-aglutinación de hematíes, etc.) son comunes a ambas, pero el examen microscópico es decisivo, no ya solo en cuanto a la posible revelación de los agentes palúdicos, bien sea su presencia o la de los elementos que acusan su paso, sino en lo que concierne a la fórmula hematológica: mononucleosis de una parte (tomando la sangre fuera de los accesos febriles), o de la contraria, la leucocitosis con predominio polinuclear y ausencia de eosinófilos, el llamado "factor séptico" que todavía hemos de encontrar varias veces en el curso de esta sección.

Cuando la evolución de estos procesos sépticos biliares data de algunas semanas, su diferenciación clínica respecto del paludismo no es ya asunto de grandes dificultades. Los signos físicos se evidencian con suficiente claridad y el síndrome de insuficiencia hepática puede apreciarse en sus varios matices. Así sin perder de vista la fiebre, el adelgazamiento, la leucocitosis, los trastornos digestivos y demás fenómenos generales comunes a todos dichos procesos, tenemos que el dolor difuso y el aumento de volumen del hígado, la ictericia, la ausencia de síntomas en otros órganos abdominales, harían presumir una angiocolitis; dolor también difuso en el hipocondrio con un punto de sensibilidad exagerada a nivel de la vesícula, una tumefacción de ésta con fluctuación apreciable a veces y sin estar acompañada de hipertrofia general del hígado,.... una colecistitis; antecedentes de cólicos hepáticos con irradiación dolorosa hacia el hombro derecho y signos de obstrucción más o menos completa (sea hepatobiliar, cística o coledócica).... la litiasis; dolor agudo y lancinante en

[6] obra citada, t. ii, p. 349.

[22] Jeanselme y Rist. "Précis de Pathologie exotique", (1909), p. 62-3.

todo el hipocondrío, que se acentúa con los cambios de posición y con los movimientos respiratorios y que se irradia a la fosa ilíaca derecha o a la punta del omóplato, tos seca y por sacudidas, respiración costal superior, muy superficial, frote perihepático a la auscultación, abombamiento de la región con ensanchamiento de los espacios intercostales,. . . la perihepatitis y la pio-perihepatitis: dolor constante pero variablemente localizado en el hipocondrio, el epigastrio o la fosa ilíaca, hiperestesia hepática y espléaica, signos de obstrucción portal (ascitis, red venosa abdominal subcutánea, hematemesis o enterorragia, "hemorroides venosas que se exteriorizan de una manera precoz y pueden dar lugar a hemorragias repetidas y rebeldes"--Casttaigne (21)--),...la pileflebitis supurada o trombosis séptica de la porta. Por último, las fases finales de estos procesos se señalan por complicaciones de sintomatología nada dudosa: así vemos que pueden ocurrir infecciones vecinas o generalizadas, como la peritonitis por perforación de una vesícula séptica, las pleuresías llamadas biliares y los abscesos pulmonares, la endocarditis y pericarditis, la meningitis supurada y otras determinaciones metastásicas, la piohemia, en suma.

Hay un proceso séptico del hígado que requiere mención especial, pues aunque su sintomatología no tiene nada de distintiva en sí, su modo de producción y su origen en otro foco séptico abdominal le prestan una individualidad que conviene tener en cuenta separadamente: la hepatitis supurada consecutiva a una apendicitis aguda. Distinta en su patogenia a la de los abscesos biliares, cuya génesis hay que buscarla en una infección por obstrucción, y a la de los abscesos metastásicos, en los cuales el material infeccioso se desarrolla en focos más o menos lejanos y llega al hígado por medio de la arteria hepática, en los abscesos de origen apendicular el agente invasor gana acceso al parénquima mediante la que Dieulafoy (23) llama la *vena porta-malorum*, precipitándose luego en columnas infectivas a la conquista del órgano. Las colecciones purulentas que así se forman, generalmente múltiples, no dan lugar a fenómenos clínicos distintos a los que caracterizan las angiocolitis supuradas y otros procesos de idéntica patología: hemos querido mencionarlas porque es muy común en Puerto Rico atribuir al paludismo cualquier fiebre que sobreviene en la convalecencia de una enfermedad aguda; así, pasada una apendicitis y en presencia de un tipo febril intermitente que se ha establecido de manera inopinada, no es raro decir "malaria" e incluso achacar a una determinación hepática de ésta los ligeros síntomas y signos que se observan al pricipio (dolor, ictericia, intolerancia gástrica, diarrea,.....) y que no son sino revelación de un proceso grave que se está fraguando en

(21) obra citada p. 51.
(23) Dieulafoy, "Text-book of Medicine", (1912). t.i. p. 987.

el interior del hígado, como triste secuela de una infección apendicular que ha podido ser muy ligera o intensa, con o sin perforación del apéndice, con o sin lesiones de peritonitis local, y resuelta espontáneamente o mediante una intervención quirúrgica.

Por razones topográficas y nosológicas debemos tratar de otra afección que guarda grandes analogías con los procesos inflamatorios que acabamos de esbozar: el *absceso hepático de origen disentérico.*

A fin de hacer resaltar de un modo patente la más común equivocación diagnóstica de esta afección (o sea con el paludismo) nos referiremos brevemente a un caso que tuvimos el triste privilegio de ver en los postreros días (casi diríamos instantes) de su vida. Se trataba de un sujeto natural de la isla de Guadalupe, recién llegado a Puerto Rico. Venía padeciendo de fiebres intermitentes desde hacía varios meses, con marcados fenómenos dispépticos, enflaquecimiento y anemia progresivos, dolor constante sobre el hipocondrío derecho, insomnio, etc. Cuando le vimos, el sujeto estaba extenuado: apenas podía incorporarse en cama; la respiración anhelante, la lengua seca e incesantemente tratando de humedecer los labios, una sudoración general copiosa, un subdelirio contínuo, una astenia profunda,..... todo indicaba el final inminente de aquella existencia. Recuerdo que al entrar y una vez escuchada la historia que un familiar me hiciera de su padecimiento, pregunté qué temperatura tenía y se me dijo que "cuarenta y dos"; creí, desde luego, 40 grados y 2 décimas: al pulsarle, sin embargo, noté que su piel materialmente abrasaba, quise ver el termómetro en la seguridad de que tenía mucho más de los 40 y ví que efectivamente marcaba unas cuantas décimas sobre 42 grados. Se nos dijo que el diagnóstico invariable había sido paludismo y que el infeliz estaba más que saturado de quinina desde meses atrás. Y sin embargo, qué claro y completo aparecía el cuadro de un gran absceso hepático: a la inspección, notable abombamiento del epigastrio continuado hacia el lado derecho; a la palpación, dolor agudo sobre todo en inspiración un poco honda; a la percusión, aumento de la macidez hepática hacia abajo, especialmente en el relieve epigástrico donde el borde casi llegaba al ombligo. No dudamos que teníamos que habérnosla con un absceso enorme del lóbulo izquierdo y al referírsenos que el sujeto acusaba un vivo dolor al instante de tragar sus alimentos, nos afirmamos más, interpretando ese síntoma como resultado probable de la compresión ejercida por el bolo o masa líquida alimenticia al atravesar la parte inferior del esófago. El enfermo tenía antecedentes disentéricos y su sangre no revelaba signo alguno de infección palúdica: había sí una ligera leucocitosis con eosinofilia; era, pues, el absceso clásico amibiano. Comprendimos, naturalmente, la urgencia de la situación, pero no dió tiempo a nada. Temprano a la mañana si-

guiente se nos informó que el pobre extranjero había tenido en la madrugada un vómito muy abundante de un liquido color de chocolate y sanguinolento, muy fétido, a poco del cual le sobrevino un síncope que puso fin a su agonía de tantos meses.

El absceso hepático llamado "tropical" es una enfermedad rara en Puerto Rico; fuera del caso anterior no recuerdo haber visto más que otros dos, en nativos de esta Isla. ¿Es realmente tan fácilmente confundible con la malaria? Al principio un tipo febril intermitente cotidiano sin síntomas regionales o con algunos extremadamente vagos, da lugar tan a menudo a aquella sospecha que Osler aseguraba encontrar muy raramente un caso que no hubiese sido saturado con quinina. La fiebre, sin embargo, no siempre es cotidiana: pueden ocurrir intérvalos apiréticos de varios días de duración o también paroxismos de fiebre alta contínua, durante los cuales son frecuentes el delirio y otros trstornos mentales; Brown (24) menciona un caso de temperatura de 40.5 sostenida durante una semana, en el cual se presentó un acceso de manía aguda al octavo día; un absceso no sospechado se evacuó a través del pulmón al décimo día, cesando inmediatamente todos los síntomas mentales. Al igual que en otras infecciones hepáticas, los accesos febriles son casi invariablemente nocturnos, al revés que en el paludismo, por lo regular diurnos. Los sudores parecen ser hasta cierto punto característicos, pues ocurren no sólo a la terminación sino también en el curso del paroxismo y lo mismo de día que de noche, siempre que el sujeto duerme. La expansión torácica está disminuída desde el principio, en el lado derecho, observándose una respiración superficial de tipo costal superior; ésta, desde luego, es una expresión de la defensa local, lo mismo que el relajamiento de los músculos que más luego se procura el enfermo acostándose sobre el lado afecto y doblando los miembros inferiores sobre el vientre; al andar trata de sostener toda la región con la mano y el brazo, lo que hizo decir a Koch: "Es como si llevara el absceso bajo el brazo" (25). Los síntomas de vecindad son muy variados (crepitación en la base derecha, frote pleurítico, "tos hepática", etc.); todos, como sabemos, pueden ocurrir también en la malaria, pero recuérdese que en ésta si el hígado está aumentado de volúmen el bazo lo está aún más, lo conrario de lo que ocurre en el absceso. Finalmente, debe tenerse siempre presente que la congestión y la hepatitis palúdicas nunca tienden a terminar en la supuración.

Muñoz Díaz (26) insiste en un signo que él conceptúa de gran valor diagnóstico en las grandes colecciones suparadas del hígado; consiste en una sensación de peloteo u onda de fluctuación que se percibe aplicando

(24) Brown. "Amoebic Dysentery". [1911]. p. 182-3.
(25) Stitt. "Diagnostics and Treatment of Tropical Diseases". 3a. ed (1919] p. 127.
[26] Actas de la Academia de Medicina de Puerto Rico. [1919-1920]. 4a. sesión

una mano sobre la fosa renal derecha y percutiendo con la otra sobre el área de macidez hepática.

Coronas (26) recuerda que Combermale atribuía una gran significación al signo escapulalgia que casi consideraba como patognomónico de las grandes supuraciones hepáticas.

El examen hematológico aquí no nos ofrece gran ayuda. Hay una leucocitosis ligera, como se encontraría también en pleno acceso malárico; la polinucleosis es muy inconstante, casi normal según todos los autores, no sólo en el período pre-supurativo si no también en el de supuración confirmada; en casos de infección piogénica secundaria la proporción de polinucleares aumentaría como en todas las sepsis; igualmente se comportarían los eosinófilos desapareciendo de la circulación periférica, al paso que en el absceso amibiano puro persisten y hasta están aumentados. Para Rogers (27) la anemia temprana es un dato de mucho valor en estos casos; la disminución del total de glóbulos rojos hace que los blancos aparezcan en proporción mas crecida de la que normalmente guardan . En conclusión, la punción exploradora, cuando tiene éxito, resolverá todas las dudas no sólo acerca de la existencia de un absceso sino también en cuanto a su naturaleza. El líquido obtenido por punción en el absceso amibiano, visto al microscopio, revela mucho débris celular; no hay piocitos, como en los abscesos sépticos, sino cadáveres de leucocitos; además, cristales de colesterina y hematoidina; bacteriológicamente es estéril y regularmente no contiene amibas, pues que éstas están en la pared del absceso.

Antes de poner fin a este ligero estudio de las fiebres intermitentes hepáticas desearíamos aludir, siquiera brevemente a un número de afecciones parasitarias cuya existencia ya ha sido señalada en nuestro país. (28). Conocidas con el nombre genérico de *Distomiasis*, son causadas al menos por tres variedades distintas de las especies Clonorchis y Opistorchis que habitan las vías biliares, dando lugar a lesiones de angiocolítis y cirrosis multilobulares, que clínicamente se manifiestan, según Le Dantee (29), de una de estas cuatro maneras: en forma de cólicos hepáticos malignos • perniciosos, en forma biliosa hemoglobinúrica, como angiocolitis o angio-colecistitis, o como congestión aguda del hígado. Las dos primeras serán consideradas juntas con sus similares, la fiebre hepatálgica y la biliosa remitente, en el segundo grupo de pirexias; las dos últimas exhiben un tipo febril intermitente y no hay medio de diferenciarlas clínica-

(27) Leonard Rogers, 'Dysenteries". [1913] p. 200-1.
(28) Report of Inst. of Trop. Med. & Hygiene of P. R.. [1917], p. 25.
[29] Le Dantec, "Précis de Pathologie exotique" t.ii. [1911], p. 871.

mente de los procesos inflamatorios sépticos ni de las localizaciones palúdicas, por lo que se hace necesario recurrir al examen microscópico de las heces, mediante el cual se descubren los huevos característicos de dichos parásitos. Por esta circunstancia, y dado el pronóstico desfavorable que aparejan las distomiasis, no debe omitirse nunca este examen en las afecciones hepáticas tropicales, no importa lo clara que aparezca la etiología. El análisis hematológico revela una eosinofilia de 10 a 20% (30) dato que puede auxiliar grandemente a diferenciar éstas de otras afecciones parasitarias, como el absceso tropical, y de las sepsis biliares. En concreto la fórmula hematológica para estos cuatro agentes de fiebres intermitentes, es bien distintiva, como puede verse:

I.—leucopenia con mononucleosis y eosinofilia normal en el paludismo;

II.—leucocitosis alta con polinucleosis y ausencia de eosinófilos en la sepsis biliar;

III.—leuçocitosis ligera sin polinucleosis y con hipereosinofilia en el absceso disentérico;

IV.—leucocitosis y polinucleosis normales con hipereosinofilia en las distomiasis.

Por último, el análisis de orina revelaría en estas distomiasis la presencia de pigmentos biliares o de urobilina cuya significación diagnóstica ya hemos discutido.

(*Continuará*).

[30] Salanoue-Ipin, "Précis de Pathologie tropicale". [1910], p. 340.

HONORARIOS PROFESIONALES

Dr. F. del Valle Atiles

Las personas que no están en relaciones de parentesco o de amistad íntima con los médicos, suelen, por lo general, mantener la creencia de que la práctica de la medicina proporciona grandes proventos; los que así piensan no están al corriente de lo que ocurre y se conforma con la verdad. Basta analizar la clientela médica, aún dejando aparte la numerosa porción de los insolventes, para ver que los ricos son los ménos, y, la mayoría, las familias que sólo cuentan con modestos haberes para vivir.

En Puerto Rico, y esto no es peculiar del país, el número de los adinerados es reducido comparado con el resto de la población; hecho que se mantiene invariable aún ahora que la próspera condición del negocio del azúcar ha enriquecido a algunos más. Los enfermos entre la gente rica son escasos, tanto por la razón antes dicha, cuando porque se cuidan mejor; por lo demás cuando enferman pueden, si les viene en gana, trasladarse a Europa o a los Estados Unidos para ser tratados, y así suelen hacerlo. El producto derivado por la práctica profesional procede, pues, en su mayor parte, de la clase de mediana posición; dentro de la cual sólo cabe recaudar moderados honorarios por los servicios que se le prestan. Teniendo esto en consideración, y las cuentas incobrables, se explica fácilmente que las entradas del médico no basten por lo común para enriquecerlo.

En relación con los sueldos y emolumentos que cobran los titulares, peritos, médicos de corporaciones, se puede afirmar también que son inadecuados, dado el trabajo y la responsabilidad que envuelve el desempeño de las funciones que de los médicos se exige. Todo esto ha sido así siempre; pero ahora que las circunstancias han traído el subido precio de todas las cosas que hoy padecemos, los médicos, que por lo común disponen de muy modestos medios de vida, experimentan los efectos de la crisis actual de una manera más sensible cuando han de atender a las imperiosas necesidades del vivir en armonía con la dignidad profesional. Es preciso darse cuenta del valor real del dólar, es decir de lo que hoy puede comprarse con él, para evidenciar que una visita por la cual cobra un médico dos dólares, sólo le representa un valor efectivo de sesenta y seis centavos y dos tercios.

¿Cuál sea el remedio? Difícil es ajustar en cada caso los honorarios médicos a la habilidad e importancia del trabajo profesional ejecutado; el público necesita algo tangible o impresionante para darse por satisfecho y pagar sin protesta; así, es cosa corriente oir a una persona quejarse de

la cuenta producida por el médico, porque la estima sólo sumando el número de visitas o por las recetas escritas que le diera; el trabajo intelectual en virtud del cual recuperó la salud, sin muchas visitas, ni muchas medicinas, pasa inadvertido. De aquí el que algunos médicos se vean compelidos a comercializar la profesión apelando a los medios que pueden proporcionarle las simpatías de la clientela y el fácil cobro de honorarios.

Es sensible que esto ocurra, pero también lo es que el médico cuya preparación profesional es tan costosa, no reciba la remuneración adecuada a los servicios que presta, al punto de que le sea preciso recurrir a esos medios o, si mantiene el respeto debido a su profesión, auxiliarse con entradas procedentes de la agricultura, el comercio o la industria para crearse una posición de hombre acomodado, posición que en otras actividades se logra invirtiendo poco o ningún dinero en prepararse, y en tiempo relativamente corto a veces.

Desde el punto de vista de lo que cuesta hacerse médico, dice el Dr. C. A. Buswell que durante los diez años que dura la carrera, comprendiendo el período de la Escuela Superior y el Universitario, estimando todos los factores que deben ser tenidos en consideración en los negocios, interés del dinero invertido, depreciación de valores, valor del trabajo personal, etc., y los gastos de oficina para establecerse, el total asciende a $27,216.82, y el empleo de este capital, debería producirle el primer año $6,987.45 y al cabo de los quince años $104,811.81 (1). Propone el Dr. Buswell q. los médicos sean más cuidadosos en considerar los factores que deben determinar el valor de sus honorarios, que tengan en mente el capital invertido, la preparación, sus energías y habilidad, y que lleven por lema en su vida profesional: "Hacer el mejor trabajo y que la retribución sea proporcional."

Es evidente que la conciencia universal está hoy favorablemente dispuesta a hacer justicia a las demandas del trabajo. Está sobradamente justificado el movimiento que en los presentes días tiene por objetivo la aspiración del obrero a mejorar su jornal. Acaso perjudique algo al principio en que se funda: "Menos horas de trabajo y mejor paga" la falta del complemento: "Buen trabajo", pero esta última parte del programa obrero al fin será atendida debidamente, a medida que el cumplimiento del deber sea para cada hombre la regla consciente de su conducta, lo mismo en las obras intelectuales, que en las de manos.

Y siendo el reconocimiento de los derechos del trabajo honrado guía en la marcha actual de la humanidad hacia su mejoramiento, lógicamente

(1) "Physician Fees" Leido ante la Sociedad Médica de Chicago, Distrito Norte, Mayo 6. 1919.

procede que el médico estime el suyo en cuanto vale y de acuerdo con las consideraciones antes expuestas.

La necesidad de organizarse para cooperar mútuamente en hacer valer los servicios profesionales es defendida por los Doctores Martín M. Ritter y George N. Pratt, quienes discutieron el tema: "Honorarios Médicos", presentado por el Dr Buswell ante la Sociedad de Medicina de Chicago; el Dr. Cassus C. Rogers, consideró el asunto como el de mayor interés presentado a dicha Sociedad Médica en este año. Conformándose con las anteriores opiniones, el Dr. Arthur H. Weis hizo notar que en los debates habían sobresalido tres proposiciones: Unidad, Cooperación y Organización, de cuya adopción dependía el mejoramiento de los intereses médicos.

La Asociación Médica de Puerto Rico podría llenar una gran misión entre nuestra clase médica, levantando el nivel intelectual de la profesión, elevando su moral hasta la cima más alta y, sin convertirla en mercadería vulgar, lograr que los médicos recibiesen siempre la justa compensación por su trabajo, el cual participa no sólo del carácter intelectual, que sin duda es el principal, sinó que hasta del material; pues no es despreciable la cantidad de energías físicas que tiene que desplegar el médico, cuando sin limitación de horas, ni interrupciones para la comida y el descanso, aún en tiempos normales, quiere cumplir con sus deberes; y nada digamos cuando tiene que atender a una epidemia.

La Asociación Médica Portorriqueña actuaría de un modo más eficiente si contara con la cooperación de todos, o al menos del mayor número de los médicos de la isla. La Unión le impartiría fuerza, la cooperación la mantendría, y la organización en un solo cuerpo haría que muchos de los males actualmente deplorados por la clase dejaran de ser en corto tiempo.

Debería existir una apretada cohesión entre los médicos que ejercen en la isla; tal armonía resultaría en provecho de la clase y en el mayor respeto del público hacia la profesión; y no cabe dudar de que un medio de favorecer la unidad de acción es sin duda el asociarse. No es luchando independientemente unos de otros como se ganan las batallas. La Asociación Médica tiene sus puertas abiertas para todos los compañeros que quieran aportar su esfuerzo cooperativo para bien de la clase en general y para robustecer su propia condición de práctico.

NOTAS CLINICAS DEL HOSPITAL CUARENTENARIO DEL DEPARTAMENTO DE SANIDAD INSULAR.

Por el Doctor Salvador Giuliani, Médico Patólogo del Negociado de Enfermedades Transmisibles

El día 4 de agosto de 1919 ingresó en el Hospital Cuarentenario de Sanidad la enferma J. M. de 15 años de edad, color trigueño, y nos informó lo siguiente: Contacto carnal a los 12 años de edad, notando después de una semana una vesícula pequeña en la vulva, acompañada de prurito. Lentamente la lesión inicial se convirtió en una úlcera con bordes elevados.

Esta misma enferma había sido examinada por nosotros a petición de los compañeros doctores Carbonell y Goodman el día 4 de abril de 1919, y en esta fecha presentaba una ulceración muy extensa que irradiaba toda la vulva y se extendía hasta el orificio anal. Parcelas de tejido enfermo fueron examinados microscópicamente, y se hicieron siembras con jugo tisular, así como exámenes directos, y en todas estas investigaciones fueron encontradas el calimato bacterium granulomatis, el cual pudimos aislar en cultivo puro. Esta era la segunda vez que demostrábamos su presencia en lesiones de este género en Puerto Rico.

Dimos cuenta a la Asociación Médica de nuestras investigaciones. Perdimos de vista a la enferma, y algunos meses más tarde el Dr. Ros nos manifestó que en el Hospital "La Perla" tenía dos pacientes con el diagnóstico de cáncer inoperable de la vagina, pero que el curso clínico de la enfermedad, los datos particulares de cada enferma, junto con la lectura de nuestro trabajo en el Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico le habían sugerido el diagnóstico de Granuloma Venéreo.

Una de estas enfermas era la que había servido para nuestros estudios, a instancia del Dr. Carbonell.

Solicitamos permiso para el traslado de ambas al Hospital Cuarentenario. Las dos presentaban a primera vista el mismo proceso ulcerado, pero la flora microbiana era completamente distinta. En una (J. M.), se encontró de nuevo el calimato bacterium, y en la otra, (F. Ch.) muy numerosos espiroquetas cuya identificación discutiremos en otra ocasión.

Una vez en el Hospital Cuarentenario comenzamos un tratamiento local antiséptico, y tónicos generales, pues en F. Ch. la caquexia era extrema y presentaba además signos de bronquitis crónica (B. de Koch: negativo), y la otra (J. M.) se lamentaba tanto de dolor en la vulva que necesitaba calmantes contínuamente para poder soportarlos.

F. Ch. la que presentaba la espiroquetosis falleció poco después de septicemia, según el cuadro clínico de sus últimos días.

En cuanto a J. M. la más joven, nos refirió la historia con que se inicia este trabajo—y después de una observación prolongada en que su estado general se mantenía estable aunque la lesión vulvar aumentaba considerablemente (Reac-Wassermam negativa franca) decidimos presentarla ante la Comisión Científica del Departamento de Sanidad como un caso de granulona venéreo, y decidir el tratamiento específico con el tártaro emético. Los inconvenientes que encontramos fueron: Las venas del antebrazo no parecían gozar de perfecta integridad anatómica, y además la enferma decía que le habían administrado tantas inyecciones intravenosas sin resultado que ya no estaba en condiciones de soportar otras.

Nuevo período de espera, pero esta vez los lavados vulvo-vaginales se hacían con solución de tártaro emético al 1 x 1000 hasta que el día 4 de febrero de 1920 nos decidimos por la administración intra-venosa de este medicamento. Preparamos una scluoión al 1 x 100 (esterilizando la sal por contacto con el cloroformo y evaporando éste) e inyectamos 2.5 c.c. de la soluciún en una vena del codo. Algunos minutos después la enferma acusa opresión en el pecho, náuseas, vomitos de pequeña cantidad de mucus, y malestar general, fenómenos que duran muy corto tiempo. (Inyección a las 4 P. M.)

El dia 6 de febrero de 1920, nueva inyección de 5 c.c. y aparecen los mismos síntomas.

El 10 de febrero inyectamos 10 cent. cub.

El 13 de febrero: 12. 5 cent. cub.—Náuseas.

El 18 de febrero: 15 cent. cub.

– Todas estas inyecciones fueron practicadas en las venas del codo y antebrazo. Las dos primeras produjeron una reacción moderada en el sitio de penetración de la aguja, calor, poco dolor y tumoración moderada. Estos signos desaparecieron a las 24 o 48 horas.

El día 24 de febrero administramos 20 cent. cub., la dosis más alta de todo el tratamiento, valiéndonos de una vena del dorso del pié que nos parecía más conveniente que las del antebrazo. Reacción general parecida a la experimentada con las dos primeras inyecciones, y localmente, debido sin duda a extravasación de una muy pequeña cantidad de líquido; a las 24 horas el pié presentó una viva reacción inflamatoria alrededor de la paqueña punción con la aguja, terminando algunos días después con la formación de una úlcera redonda, del diámetro de una moneda de 25 centavos, superficial, dolorosa, pero que curó rápidamente con curas asépticas.

Ahora bien: Desde el día 4 hasta el 24 de febrero—período del tratamiento intravenoso—el granuloma no presentó nada digno de mención.

Se continuaron los lavados locales con la solución de tártaro diluída; la enferma no acusaba ningún síntoma de molestia, y el día 1 de marzo de 1920 el Dr. Franceschi nos invitó a que examináramos la enferma.

Con gran sorpresa nuestra, notamos que todo el tejido de granulación se había "derretido" por decirlo así, la molesta, fétida y abundante secreción había desaparecido, y una cicatriz brillante, azulada, reemplazaba la pérdida de tejido, y los contornos anatómicos se habían delineado de nuevo.

El dia 8 de marzo del corriente, la enferma se creyó curada del todo, y a la verdad así lo aparentaba, pero sin permiso nuestro abandonó el hospital sin que hasta hoy sepamos su paradero.

Conclusiones:—Dejamos para otra ocasión el estudio histo-patológico y bacteriológico que hemos iniciado en Puerto Rico acerca de ulceraciones crónicas de los órganos genitales, que bien pueden confundirse con la sífilis y el cáncer.

Tanto la histo-patología como la bacteriología nos ayudan en el diagnóstico de estos procesos morbosos, como pienso exponer más tarde. Pero en estas notas clínicas quisiera hacer constar que aun cuando la histología y la bacteriología por cualquier circunstancias estuvieran fuera del alcance del práctico, no debe olvidarse que nos queda un recurso valioso, la prueba terapéutica.

Desde luego, que no es nuestro objeto exponer aquí una victoria terapéutica completa. Los que conozcan los anales del Instituto Oswaldo Cruz del Brazil y las numerosas monografías acerca de este tema, que se han publicado, verán en estas notas un esfuerzo para llamar la atención acerca de un atrayente Capítulo de patología tropical en que se hayan hermanadas la observación clínica, las manifestaciones del laboratorio y el razonamiento conservador de la terapéutica.

CUESTIONARIO

El Dr. Arturo McDonald, cuyos notables estudios en Antropología tienden a imprimir una nueva dirección a esta ciencia, ha enviado a las principales publicaciones médicas, el cuestionario que reproducimos.

Complaciendo los deseos del notable médico, autor de muchas obras y artículos de gran interés científico acogemos con gusto en nuestro BOLETIN la carta que se refiere a esta interesante encuesta, que esperamos sea contestada por todos los médicos de Puerto Rico.

Cuestinario acerca de la costumbre de afeitarse o de llevar la barba

Querido Doctor:

Durante mi carrera médica, recuerdo haber oido decir a un especialista Europeo, acerca de la costumbre de afeitarse: "Señores, si ustedes se meten con la naturaleza, la pagarán". Pero yo no he podido hallar ninguna investigación científica a própósito de este asunto.. Estoy buscando por lo tanto, hechos y opiniones de los médicos.

¿Querría usted bondadosamente contestar, *tan pronto como le sea posible* las siguientes preguntas? Yo puedo usar su nombre, si usted me lo permite. (Espero de su benevolencia que me informe).

1º—Cuáles son las principales lesiones de la piel, causadas por el acto de afeitarse y las razones de ellas?

2º—¿Cuáles son las ventajas generales de dejarse crecer la barba y el bigote, y las principales razones para ello?

3º—¿Hasta qué punto la barba y el bigote son una protección para la cara, nariz y garganta en relación con las enfermedades de dichos órganos y las razones de ello?

4º—¿El hábito de afeitarse aumenta las probabilidades de las neuralgias y de otros trastornos de la cara? y las principales razones para ello.

Si usted lo prefiere, las razones puede darlas brevemente, pero me gustaría que su contestación fuese tan completa como usted pudiera; sírvase también mencionar cualquier hecho pertinente y opiniones que no estén comprendidas en el cuestionario.

Doy a usted las gracias por esta molestia

Muy sinceramente,

Arthur McDonald.

DIRECCION:—Arthur McDonald,
The Congressional
100 East Capital Street,
Washington, D. C.

ABSTRACTOS DE LA LITERATURA MEDICA

Granuloma Ulcerativo de los Genitales:—Herman Goodman, New York.—Goodman presenta una revista de la literatura con bibliografía y algunas observaciones de la enfermedad tal como la vió en Puerto Rico. Comunica cuatro casos de granuloma de las pudendas. En tres de ellos se demostró por primera vez el Calymato Bacterium Granulomatis en los Estados Unidos y sus dependencias. En un caso se observó el microrganismo espiroquético descrito por Wise.

Goodman hace hincapié en que la enfermedad no es sifilítica, aunque

puede estar asociada con lesiones sifilíticas o hallarse en un sifilítico con una Wassermann positiva sin manifestaciones sifilíticas. La arsfenamina y el mercurio son ineficaces. No se probó bastante tiempo con el antimonio y el tartrato de potasio para poder apreciar su eficacia.—*Archives of Dermatology and Syphilology, febrero* 1920.

Leishmaniosis.—El Dr. Hector S. Caretto presentó ante la Asociación Médica Argentina un enfermo procedente de Oran (Provincia de Salta) donde la Leishmaniosis es endémica. Se comprueba en él una heredosífilis tardía, con disencondrínea pluriglandular a predominio tiroideo capular, aortitis y sífilis pulmonar. Además el enfermo presenta un proceso localizado en la mucosa nasal, bucal, faríngea y laríngea así como en la piel de la cara y en el pié izquierdo, fenómenos diagnosticados de naturaleza leishmaniótica.

El autor proyecta una radiografía obtenida despué: del tratamiento mercurial en la cual se nota la desaparición de los fenómenos descritos al nivel del pulmón.

La leishmaniosis fué curada mediante 68 inyecciones endovenosas de emético, practicadas despué: de suprimido el tratamiento mercurial y una vez comprobada su ineficacia para el segundo proceso.—*La Prensa Médica Argentina.*

Tratamiento de la Filariasis.—La prensa médica informa que el Profesor Rodgers, de Londres, anuncia estar haciendo actualmente experiencias con inyecciones endovenosas de tártaro emético en el tratamiento de la filariasis.

Con este motivo el Dr. Raul Totta nos comunica que está desde 1918 usando el mismo procedimiento en su clínica, teniendo ya recogidas varias observaciones lo cual puede ser testimoniado por el profesor Pereira Filho, por los Dres. Ivo Barbedo y Marajo de Barros y por el farmacéutico Augusto Castelho, que preparaba las ampolletas de tártaro emético.

No prettende el Dr. Raul Totta con la comunicación que nos hace, obtener la prioridad de este método de tratamiento, pues esa prioridad ha sido perjudicada por la falta de la necesaria divulgación, sino simplemente anotar que ya hace dos años que nuestro colega tenía en mente el asunto, habiendo usado el mismo método terapéutico que el profesor inglés comienza a emplear ahora.—*Archivos Rio-Grandenses de Medicina.*

BIBLIOGRAFIA

NERVOUS AND MENTAL DISEASES.—By Archibald Church, M. D., Profesor of Nervous and Mental Diseases in Northwestern University Medical School, Chicago; and Frederick Petterson, M. D., formerly Profesor of Psychiatry, Columbia University. Ninth edition, revised. Octavo volume of 949 pages, with 350 illustrations. Philadelphia and London: W. B. Saunders Company, 1919.

Este libro está escrito para el estudiante de medicina y el práctico general. Está dividido en dos secciones. La primera sección comprende las enfermedades nerviosas. Esta sección está dividida en ocho partes. La primera parte trata del examen del paciente y abarca ocho capítulos donde de manera clara, describe la anamnesis, el examen físico general, el sistema muscular, error de motilidad y los reflejos. Las condiciones tróficas, las condiciones eléctricas, las condiciones sensorias—sensación del tacto, sensación del dolor, sensación térmica, sensación muscular, dolor. Los sentidos especiales; el de la vista, oido, olfato y gusto. Finalmente descríbe el proceso del habla.

La parte segunda comprende once capítulos tratando en ellos las enfermedades de las meninges y de los nervios del cráneo.

La parte tercera comprende doce capítulos donde se describen las enfermedades del cerebro. La parte cuarta viene nutrida en sus capítulos: describiendo las enfermedades de las meninges espinal y de los nervios espinales.

Las enfermedades de la médula espinal están muy bien estudiada en la parte quinta del libro, describiendo la sintomatología de las diferentes clases de tumores del cordón espinal. Las enfermedades del sistema nervioso general con sus conocidas bases anatómicas, se encuentran descritas en la parte sexta, que comprende dos capítulos: uno de ellos trata sobre la esclerosis múltiple cerebro espinal y el otro sobre la sífilis del sistema nervioso. La parte séptima trata extensamente sobre las neurosis en general. Finalmente termina el estudio de las enfermedades nerviosas, con la descripción de los desórdenes sintomáticos.

La sección de las enfermedades mentales comprende doce capítulos y no omite detalle alguno sobre estas enfermedades, su clasificación, etiología general, métodos de examen, etc., etc.

La obra es recomendable por su mérito, al neurólogo y al médico dedicado a la psiquiátria.—*J. A.*

SUMARIO



Principios Fundamentales de Nuestra Casa

4. LA INTEGRIDAD

CINCUENTA y cuatro años en los negocios es un tiempo considerable, pues las estadísticas demuestran que la duración media de las instituciones comerciales es de diez a veinte años. Cuando una casa subsiste por más de medio siglo y aumenta en poder e influencia durante todo ese período es inevitable la conclusión de que está fundada sobre la roca sólida de la integridad.

Una empresa comercial puede durar cierto tiempo sobre otros fundamentos, pero ninguna gran organización que no se base en la honradez es mucho más que flores de cantueso y está condenada a fin cierto e inglorioso.

Los médicos de larga experiencia saben que Parke, Davis & Cía. no sólo han desarrollado un gran personal científico para descubrir nuevas drogas y mejorar las antiguas, sino que también emplean constantemente dicho personal en la producción de agentes terapéuticos que se ajustan a los ideales de integridad más elevados.

Durante nuestros cincuenta y cuatro años de existencia hemos tenido tres administraciones—tres presidentes y tres gerentes generales. Los mismos principios nos han guiado en todas; las mismas tradiciones han sido uniformemente observadas. Hoy, como en los años anteriores, puede en verdad decirse que cualquier plan para reducir el costo a expensas de la calidad, cualquiera combinación para asegurar negocios por métodos no honorables, cualquiera medida o combinación que no sea lo que debe ser encuentra inmediata y final desaprobación.

No queremos beneficio, por grande, por provechoso que sea, que no pueda ganarse honradamente y que después de logrado no nos permita andar con la frente levantada en presencia de nuestros semejantes.

Siempre nos complace que los médicos vengan a inspeccionar nuestros laboratorios y los invitamos a que lo hagan de la manera más acuciosa, pues los que han venido se van invariablemente con la convicción de que nuestros productos se hacen honradamente—de que son absolutamente fieles al rótulo—que lo que afirmamos de ellos es menos de lo que podríamos decir—de que toda suerte de precauciones y comprobaciones, toda clase de ensayos e investigaciones son empleados para hacer que dichos productos sean dignos de la confianza de la profesión médica.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

PUBLICADO TRIMESTRALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XIV SEPTIEMBRE 1920 NUMERO 127

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS PIREXIAS TROPICALES MAS COMUNMENTE OBSERVADAS EN PUERTO RICO. *

Dr. Arturo Torregrosa

II.

PALUDISMO Y SEPSIS.—(Continuación)

(C) *Sepsis uro-genital.*—De entre el numeroso grupo de fiebres sépticas se ha especializado un tipo, la llamada "fiebre urinaria", que guarda con las intermitentes palúdicas las más estrechas analogías. Les son comunes, en primer lugar, la evolución cíclica de los accesos, con el escalofrío que precede a la hipertermia y el sudor que la sigue, la apirexia intercalar, de duración variable, y todo el cortejo sintomático del estado febril (quebrantamientos, lasitud, cefalalgia, polidipsia, etc.)

La fiebre urinaria va generalmente acompañada de trastornos digestivos (lengua seca y aliento fétido, que Guyon bautizó con el nombre de "dispepsia bucal", náuseas, vómitos, meteorismo, diarrea, ...) trastornos estos que llevan el enfermo a una pronta caquexia con enflaquecimiento progresivo, tinte terroso, astenia y agotamiento profundos. Este mismo cuadro puede reproducirlo la caquexia malárica. Aun los signos locales dependientes de un funcionalismo perturbado de este aparato no ayudan sino en parte a la diferenciación temprana de sus procesos sépticos con el paludismo, pues que sabemos con cuanta frecuencia la toxina malárica da lugar a determinaciones renales que pueden simular, sintomatológicamente, las que son propias a una nefritis de otro orden: Kelsch y Kiener, por ejemplo, "han encontrado en los palúdicos todas las formas anatómicas de las nefritis, desde el voluminoso riñón blanco hasta el pequeño riñón rojo atrófico" (1). Craig ha observado albuminuria en una gran proporción de casos de paludismo agudo: 35% en

* Tema desarrollado en la Academia de Medicina de Puerto Rico, en las sesiones regulares del curso de 1919-20.

(1) Enriquez-Bergé-Laffitte-Lamy, "Tratado de Medicina", t.ii, p. 349.

sus formas terciana y cuartana y hasta 65% en la estivo-otoñal (2); Deaderick cree que en todo caso fatal de malaria hay nefritis en una u otra forma, señalando además su mayor frecuencia en individuos de raza negra (3). Si pasamos a considerar la sintomatología reveladora de esas lesiones encontraremos que hay unanimidad de pareceres en cuanto a la ocurrencia de la poliuria; se ha notado la frecuencia de este signo en la llamada "malaria tropical" donde ocurre generalmente en forma transitoria, pero a veces puede ser muy persistente; en cuanto a su intensidad, Craig (2) menciona un enfermo que orinaba hasta un máximo de 20 a 25 litros en las 24 horas; se ha descrito también la poliuria epicrítica en las fiebres intermitentes. Por otra parte, todos hemos observado las orinas concentradas de cólor rojo amarillo obscuro que contienen un gran aumento en la tara de urea y de cloruros, no sólo durante la fiebre sino también en los períodos de apirexia, y la disminución de fosfatos apreciable durante aquella, que contrasta con su aumento en la defervescencia. Sidney Ringer (4) llama la atención especialmente a la alta eliminación de urea que puede observarse periódicamente, al menos por un tiempo, aún en los casos en que la quinina ha cortado el paroxismo febril, coincidiendo con el momento en que ocurría éste. No es preciso hacer mención de la oliguria tan común en los estados febriles y en cuanto a síntomas de más neta significación recordaremos que Piazza Martin "ha llegado a describir un verdadero cólico nefrítico malárico con emisión de orina cargada de uratos y de arenas uráticas, repitiéndose a horas fijas y desapareciendo bajo la acción de la quinina" (1).

La escasa o nula reacción local que en un principio acompaña a una pielitis, a una nefritis supurada, a una cistitis o prostatitis o vesiculitis, etc. no es suficiente ella sóla para atribuir a su verdadera causa el origen de una fiebre intermitente que entre nosotros hay gran inclinación a diagnosticar siempre como paludismo, prescindiendo de investigaciones que de manera irrefutable aclararían aquel origen. Si estos procesos se sospecharan más a menudo, no pasarían seguramente desapercibidos en sus comienzos. El clínico cuenta con dos recursos valiosos para despistarlos: la fórmula leucocitaria y los datos que suministra el uranálisis: pero si bien en toda blenorragia, por ejemplo, se está alerta para no dejarse sorprender por una invasión ascendente, parece que para muchos ésta es la única vía, puesto que un sin número de infecciones descendentes permanecen ignoradas al menos por un período largo de tiempo. No

(2) Craig, "The Malarial Fevers" [1909], p. 278,271.
(3) Deaderick, "Practical Study of Malaría" [1911], p. 241.
(4) Manson, "Tropical Diseases" [1919], p.55.
(1) Enriquez. etc., obra citada, t.ii, p. 536.

debe olvidarse que una supuración renal puede tener un punto de partida en un foco séptico lejano, como en una amígdala; la infección hematógena en estos casos, con su ulterior localización renal, no indica sino el esfuerzo que hace el organismo para eliminar microbios y toxinas por la vía más expedita. Vimos una vez en consulta un sujeto que a raíz de una oclusión intestinal aguda empezó a sufrir fiebres cotidianas intermitentes que *a priori* fueron juzgadas como paludismo, sin que cedieran a una administración más que prolongada e intensa de quinina. No había antecedentes de infección urinaria antes de la oclusión, ni litiasis ni estrechez uretral, etc. y en esa historia negativa se basaba el compañero para refutar mi observación de una posible infección actual del riñón o su pélvis: se inclinaba más a bien a creer que aquella pirexia era o un paludismo "rebelde" o una auto-toxemia intestinal; fué fácil rechazar el primer diagnóstico, mediante un hemanálisis que puso de manifiesto, además, la existencia de un proceso séptico; en cuanto a la segunda posibilidad, yo compartía con él el origen intestinal de la fiebre que él se empeñaba en atribuirlo a absorción de material tóxico, en tanto que yo recordaba con cuánta frecuencia sucede una invasión coli-bacilar del riñón a una retención fecal (demostrada también aún en casos de constipación crónica) y cada vez me afirmaba más en mi sospecha de una pielo-nefritis. El análisis de orina demostró la existencia de esta última de un modo concluyente.

Ahora bien, de la misma manera que hay prácticos que diagnostican o excluyen una nefritis por la sola presencia o ausencia de albúmina urinaria, hay otros para quienes la piuria es señal inequívoca de una infección purulenta de este aparato. Es preciso, en primer término, precaverse contra errores posibles: puede tratarse de una contaminación accidental y no queremos aludir a la más frecuente o sea una leucorrea, pero sí recordar la posibilidad de ruptura en la vejiga de un absceso apendicular o ilíaco o de una trompa, etc. Eliminada esta fuente de error, todavía puede el análisis microscópico del sedimento urinario conducir a otros, más fáciles, sin embargo, de evitar: recuérdese que toda orina contiene normalmente algunos leucocitos: si bien no es materia fácil, ni aún para los más expertos urólogos, distinguir leucocitos de piocitos, o glóbulos blancos sanos de glóbulos blancos degenerados, puédese afirmar cuándo es que una leucoctosis urinaria deja de ser normal. La identificación de las células epiteliales permite al práctico fijar el asiento de la lesión, esto es, precisar si la piuria es de origen renal, vesical, prostática, etc. Es de rigor, pues, identificar estos epitelios así como otros elementos cuya presencia y relativo número ayudan a una apreciación del daño sufrido: me refiero muy principalmente a los cilindros

como índice de la participación renal, la que más importa tener en cuenta en estos procesos; no deben olvidarse los cuerpos amiláceos de la próstata, algunas variedades de cristales urinarios, especialmente los de fosfato triple y oxalato de cal, y finalmente elementos extraños, como cristales de hematoidina, microfilarias y ovas de parásitos, todos los cuales pueden contribuir a determinar el origen de la piuria.

Otra dificultad diagnóstica que conviene tener siempre presente es el carácter intermitente de ciertas piurias. En las pielo-nefritis gravídicas, por ejemplo, ocurre a menudo una retención purulenta durante la cual la orina es clara; otro tanto cabe decir de las pionefrosis con obstrucción intermitente del uréter o de la que frecuentemente acompaña a un riñón flotante; en estos casos la curva térmica desde luego alcanza cifras más elevadas en esas fases de retención, ya que es mayor entonces la absorción de productos sépticos y éstos no salen al exterior con la orina. Sospechada una lesión renal purulenta, sería fácil, sin embargo, llegar a conclusiones diagnósticas aún en defecto del dato piuria, recurriendo a procedimientos especiales, como el cateterismo de los uréteres, el examen roentgenológico, la inoculación experimental de orina, etc. En resumen, hay que repetir la afirmación sentada al principio; no es posible diferenciar por los síntomas de reacción general únicamente la fiebre urinosa de las intermitentes palúdicas; para despistar una infección séptica del aparato urinario, en sus fases iniciales, es preciso, en primer lugar, *sospecharla* y luego corroborarla con los datos del uranálisis o recurriendo a especiales medios de diagnóstico: la investigación de la fórmula leucocitaria revelaría una sepsis, pero sin indicar su localización en éste u otro aparato.

A medida que avanza la cronicidad de estas infecciones su sintomatología va desplegándose de manera cada vez más distinta. No serviría en nada a nuestro propósito desmenuzar ahora el cuadro clínico de la pielitis, la pielo-nefritis, los abscesos del riñón, la cistitis, etc. El dolor lumbar espontáneo con irradiaciones hacia la ingle, el periné y los órganos genitales; los puntos hipersensibles, unio-o bilaterales, costo-vertebral, para-umbilical, etc., que descubren lesiones inflamatorias de la pelvis, del ureter, etc., la polakiuria, el tenesmo vesical, la poliuria, y piuria contínuas o intermitentes, la oliguria o la anuria, la hematuria, los síntomas de auto-intoxicación (cefalalgia, insomnio, trastornos digestivos.....), las crísis paroxísticas del cólico nefrítico,..... todas estas señales ya no permitirán al práctico seguirse engañando con respecto a un paludismo ilusorio que muchas veces encubre una infección urinaria. Aun los accesos febriles que siguen a una instrumentación uretral se reputan aquí a menudo como de origen malárico. Puesto que

no constituyen sino una variedad más de la fiebre "urinosa", no nos detendremos a insistir en sus caracteres diferenciales.

El absceso peri-nefrítico se presta especialmente a equivocaciones diagnósticas; Laveran (5) hace notar la dificultad de diferenciarlo, cuando existe en el lado izquierdo, con un bazo palúdico; en el lado derecho suele confundirse con una hepatitis supurada. Los síntomas locales en uno y otro caso son poco distintivos; sin embargo, el bazo palúdico es más sensible por delante que atrás, el absceso peri-nefrítico lo es sobre todo por detrás, debajo de las falsas costillas, y regularmente se nota a este nivel una tumefacción y edema de la pared; al tomársele por un absceso hepático debe tenerse presente el signo ictericia, generalmente presente en este último, pero que puede faltar. El examen de la sangre es concluyente en el primer caso, pues que no sólo excluye la malaria sino que afirma la presunción de un estado séptico; en el segundo caso no resolvería las dudas, ya que solo determinaría una sepsis, fuese hepática o peri-renal. El análisis de la orina no revelaría piuria en ninguno de los dos casos, a menos que el absceso hubiere interesado el parénquima renal; entonces aparecerían epitelios y otros elementos reveladores de un proceso destructivo de este último; la presencia en el depósito centrifugado de gránulos de pigmento ocre obscuro (hemozoina, según French (6) permitiría diagnósticar positivamente el bazo palúdico. Para Urriola (7), de Panamá, la demostración de pigmento hemático *negro* en el sedimento de la orina es un signo patognomónico, de tanto valor como el hallazgo del hematozoario en la sangre.

Hay otra afección que, aunque de distinta etiología, se presta tanto a confusión en sus primeraas etapas que, por motivos de índole topográfica, debemos considerar aquí.

La *tuberculosis renal*, como la pulmonar, puede permanecer silenciosa mucho tiempo antes de que llegue a sospechársela. No nos proponemos ocuparnos sino de la forma primaria; la que es consecutiva a otro foco tuberculoso en el organismo no puede tener tanto interés para nosotros, puesto que la sintomatología derivada de ese otro foco probablemente sería suficiente para establecer un diagnóstico diferencial con el paludismo antes de que ocurriese la localización renal. De igual modo que una hemoptisis abre la escena en una tuberculosis pulmonar ignorada, no es raro que la tuberculosis del riñón se revele súbitamente por una hematuria acompañada o no de lumbago; muchas veces esta hematuria

(5) Laveran, "Traité du Paludisme" [1907], p. 426.
(6) French "Differential Diagnosis". p. 31.
(7) Castellani y Chalmers, "Tropical Diseases" 3a. ed. [1919], p. 1147.

precede la aparición de la tuberculosis renal meses o aún años y en este sentido Dieulafoy (8) la considera idéntica a la hemoptisis "defensiva" que antecede a la tísis pulmonar. Cuando la enfermedad se establece de una manera más insidiosa, corre el sujeto los riesgos de un pseudo-diagnóstico de malaria con todas las consecuencias temibles que expusimos al ocuparnos de la forma pulmonar incipiente; la poliuria, que es a menudo el único síntoma inicial, puede interpretarse como debida a una nefritis atrófica de etiología palúdica; la piuria, sin embargo, no tarda en aparecer y ella sola constituye un signo diferencial al que debe sumarse la pobreza de la orina en urea, cloruros y fosfatos, contrastada con el aumento de estos componentes en la orina del paludismo, conforme ya préviamente anotamos. Los otros signos y síntomas renales (cilindruria, hematuria apreciable o microscópica) y vesicales (micciones frecuentes e imperiosas, dolor perineal o suprapúbico,....) aclararán el caso. No faltan tampoco los signos de impregnación tuberculosa, ya señalados, y que deben buscarse en todos los casos.

Fuera de la determinación bacterioscópica del bacilo de Koch (que dicho sea de paso no debe intentarse sino en orinas cateterizadas, por la posible confusión con el bacillus smegmatis), la ausencia de otros microorganismos en el sedimento obtenido por centrifugación se ha adscrito como carácter sospechoso, de tal suerte que, para Laffitte, "una orina purulenta que no contenga ningún germen hará pensar en la tuberculosis" (1). Para la verdadera diferenciación de ésta no basta con el análisis químico-microscópico corriente; la orina al principio ofrece todos los caracteres reveladores de una nefritis intersticial (aumento de volúmen total, baja densidad, color pálido, poca o ninguna albúmina, presencia de epitelio renal y de cilindros hialinos, epiteliales y granulosos); si además coexiste una cistitis (elementos celulares de la vejiga, hematíes, piocitos), el diagnóstico del laboratorio será nefritis y cistitis; cuando se ha establecido la supuración, será pielo-nefritis y cistitis—Guiteras (9)—Es de imprescindible necesidad, pues, la investigación del agente de la tuberculosis; Albarran (8) insistía en que ésta debe siempre practicarse en orina ácida, es decir, en una muestra fresca y no en una de la totalidad de la orina recogida durante el día; prefiéranse los grumos caseosos obtenidos por centrifugación, pues en ellos es donde más abundan los bacilos; téngase presente que la bacterioscopia directa es negativa regularmente al principio de la enfermedad, de modo que debe acu-

(8) Dieulaloy, "Textbook of Medicine", tr, ingl,, t.ii, p. 1157.
(1) Enriquez. &. obra citada, t.ii, p. 510.
(9) Guiteras, "Urology" [1913], t.i, p. 357-8.
(8) Dieulafov, obra citada, t.ii, p. 1163

dirse a la siembra en suero sanguíneo glicerinado o mejor a la inoculación de un cobaya. Debe recurrirse también a la cistoscopia, pues que la revelación de nódulos o úlceras tuberculosas en la vejiga, especialmente cerca de uno de los orificios ureterales indica con toda probabilidad una tuberculosis del riñón.

El análisis hematológico rechazará toda presunción palúdica y permitirá además afirmar la tuberculosis. Lo mismo que en la forma pulmonar, hay en la renal leucopenia con linfocitosis al principio; más luego, cuando o se establece una infección séptica secundaria o empieza la reabsorción de materia celular desintegrada, hay una hiperleucocitosis variable, aunque nunca tan alta como en otras tuberculosis asociadas a sepsis, ya que aquí gran parte de aquel material necrótico, desintegrado, se elimina rápidamente a través de las vías urinarias; pueden ocurrir exacerbaciones en la cifra total de leucocitos, debidas a obstrucción temporal de los uréteres con el consiguiente aumento de reabsorción; finalmente, los eosinófilos a menudo persisten a pesar de la actividad del proceso, de modo que para Simon "la asociación de una eosinofilia normal con polinucleosis debe siempre excitar sospecha." (10)

Las enfermedades sépticas de los *órganos genitales* en el hombre son de relativamente fácil diferenciación a causa de su sintomatología regional bien apreciable. A este respecto hay que hacer notar que un buen número de autores franceses (Maurel, Calmette, etc.) atribuyen a la toxina malárica papel patógeno en la producción de ciertas orquitis y epididimitis muy difícil de distinguir de las causadas por los gérmenes de infección purulenta; Craig, Deaderick y otros autores americanos niegan esa patogenia, creyendo que en los casos observados se ha tratado pura y simplemente de una malaria manifiesta que ha coexistido con blenorragia u otro proceso de orden séptico.

Muy recientemente ha reportado Vecchia (11), de Roma, el caso de un joven de 16 años, antiguo palúdico, pero que no había sufrido ningún acceso en los últimos doce meses: de pronto fué presa de alta fiebre con intermitencias y escalofríos y dolor en el escroto; se sospechó primero gonorrea y luego parotiditis, hasta que pudo cultivarse el parásito mediante siembra de la sangre: los accesos febriles y la orquitis desaparecieron prontamente con la administración de quinina.

Grall y Marchoux (12), apoyándose en el testimonio de numerosos prácticos que han ejercido en la Guayana y Antillas francesas, dicen que

(10) Simon, "Clinical Diagnosis", [1914], 8a. ed , p. 768.
[11] Vecchia. en "*Il Policlinico*", (1920), t.xxvii, p. 6.
[12] Grall y Marchoux "*Paludisme*" en "Traité de Path, exot." [1910], p. 378.

no sólo pueden ocurrir orquitis y epididimitis agudas maláricas sino también adenitis inguinales cuya única causa es el hematozoario; en defecto de una lesión genital manifiesta sería, pues, preciso recurrir a evidenciar dicho organismo en la sangre periférica antes de establecer la etiología de bubones y de lesiones testiculares que tan comunes son en esta tierra tropical. Esos mismos observadores mencionan también la atrofia testicular, la impotencia, la amenorrea y menorragias y metrorragias como directamente imputables a la infección palúdica.

Gutiérrez Igaravídez (13) se refiere a la frecuencia con que el paludismo intermitente, aun en sus formas larvadas, se acompaña de fenómenos de histerismo, citando casos de muchachas jóvenes en las cuales, a pesar de la depresión orgánica corriente, pudo apreciar una gran excitabilidad y al mismo tiempo una sensibilidad exagerada a la menor presión en los puntos ováricos: todo esto no obstante el uso de bromuros, opiáceos y otros sedantes usados para contrarrestar la excitación producida por la quinina.

Los procesos inflamatorios de origen séptico en la mujer no gozan de una diferenciación tan sencilla como en el hombre: Kelly se lamenta de que dichos procesos "no sean hoy prontamente reconocidos, viéndose el médico obligado en muchos casos, y casi a pesar suyo, a aceptar un diagnóstico que le imponen el transcurso del tiempo por una parte y el fracaso de su polifarmacia por otra, ya que, no obstante esta última, la enferma continúa sufriendo y su salud de cada vez deteriorándose más" (14). Si difícil es por los solos síntomas de la reacción febril y de su invariable séquito distinguir una salpingitis o una colpitis aguda, por ejemplo, de los accesos intermitentes palúdicos, más lo es todavía cuando afecciones como éstas han pasado a un estado crónico; lo más probable es que entonces queden en la penumbra por algún tiempo hasta que una exacerbación aguda con signos y síntomas locales mejor definidos o una exploración metódicamente practicada los traen a la luz.

Deseo mencionar brevemente el caso de una muchacha joven para quien fuí consultado hace algunos años, con ocasión de una ligera fiebre vespertina que la venía aquejando desde algunas semanas atrás; no había absolutamente ningún indicio de enfermedad local ni de funcionalismo perturbado de ningún órgano u aparato; la enferma, fuera de sus décimas diarias de fiebre, parecía disfrutar de cabal salud. No hay para qué decir que, habiéndose pensado antes que nada en el paludismo, fué preciso luego abandonar aquella presunción, vista la inutilidad de la medicación específica. La joven dejó de menstruar uno o dos meses y en virtud de

[13] Actas de la Academia de Medicira de P. R,, [1919-20], 3a sesión.
(14) Kelly, "Medical Gynecology", [1913]. p. 337.

esa circunstancia, su médico pensó en una tuberculosis probable; se le administró ioduro potásico con objeto de asegurar algún esputo para su examen; prueba infructuosa. Se me ocurrió cuando la ví, que tal vez pudiese obedecer la fiebrecita a alguna infección genital ligera y propuse un reconocimiento vaginal, argumentando que éste de cualquier manera sería ventajoso para investigar la causa probable de aquella amenorrea, si es que lo era local; una enfermera a quien instruí debidamente, pudo ver, con el auxilio de un espéculo de virgen, un espeso tapón de moco-pus que salía del cuello y el que le fué fácil desprender enteramente con unas pinzas; salieron luego algunos grumitos de un pus cremoso, bastante espeso; el "paludismo" se curó prontamente merced a algunos lavados y aplicaciones de un tópico a base de protargol, pero honradamente confieso que yo mismo me quedé asombrado de lo simplicísimo de un diagnóstico al cual llegué por mera presunción y que si algún mérito tuvo fué sencillamente el de proponer una exploración que, dadas las circunstancias del caso y los "diagnósticos" anteriores, parecía desusada y que, sin embargo, dió con la clave del enigma. Estos casos no son tan raros como se cree; recuerdo otro, tratada largo tiempo como palúdica y que vino a sanar al evacuársele una enorme colección purulenta en el fondo de saco vaginal posterior, no sospechada anteriormente.

¿Es posible generalizar en estas o parecidas circunstancias? Ciertamente que sí. Toda presunción de paludismo debe invariablemente corroborarse mediante un hemanálisis que, al desechar aquella, le evitará al práctico sorpresas clínicas como las referidas, pues constatando, como le sería fácil al mismo tiempo, los signos hematológicos reveladores de una sepsis oculta, le permitirán una orientación bien definida.

Las *infecciones puerperales* a tipo intermitente merecen párrafo aparte. Se manifiestan generalmente de dos modos: o por lesiones localizadas de colpitis o flemón vaginal submucoso o de parametritis que puede variar desde una simple anexitis o flemón del ligamento ancho hasta una pelvi-celutitis o peritonitis, circunscritas o generalizadas. En todas ellas hay signos locales que ayudan a una posible diferenciación con el paludismo. Hay, sin embargo, otra forma clínica en la cual los fenómenos inflamatorios locales, sino nulos, son enteramente imperceptibles: la piohemia puerperal. Resultante, como sabemos, de una trombosis séptica de las venas uterinas y peri-uterinas, por lo común, y conforme observa Recasens, "el proceso endoflebítico escapa a nuestros medios de investigación directa y llama la atención que, con una sintomatología general tan importante como la que caracteriza a este afecto, no exista al parecer justificación anatomo-patológica en el punto de origen de la enfermedad"

(15). Antes de producirse las localizaciones secundarias metastásicas y cuando la pirexia en sí domina el cuadro, es corriente interpretar su fenomenalidad clínica escasa como debida al paludismo: tal semejanza guarda con las intermitentes de origen malárico. Su aparición tardía, además, usualmente siete u ocho días después del parto, parece quitar al puerperio toda relación causal. No hay tampoco al principio loquios mal olientes y ésta presume ser entre nosotros una razón de peso para excluir las infecciones puerperales: se ignora por los que están llamados a saberlo, que frecuentemente existen infeccions virulentas sin que los loquios adquieran fetidez alguna. Con todo, no faltan, para algunos, signos exclusivamente clínicos en que apoyar una sospecha acerca del verdadero origen de una infección de este orden:

> "No hay relación de tiempo fijo entre uno y otro acceso febril; unas veces aparece el recargo por la mañana, otras por la tarde, en algunos casos se pasan uno y aún dos días sin acceso febril, para después aparecer con extraordinaria intensidad....
>
> "La enferma puede pasar así, con estos accesos, días y más días sin que se altere profundamente su estado general, hasta el punto que si no se la visita durante el período de los accesos, puede un médico inexperimentado quitar toda importancia al proceso y a la relación de los sufrimientos de que la enferma se queja....
>
> "A pesar de encontrarse las enfermas en los primeros días, durante los estados apiréticos, al parecer completamente bien, si se examina con detención el pulso se nota que su frecuencia no ha descendido nunca, como la temperatura, a su completa normalidad; 90,100 pulsaciones y aún más se encuentran en los períodos de apirexia" (15)

y ésto, agregamos nosotros, a pesar de la bradicardia normal del puerperio.

El análisis hematológico, al negar rotundamente un paludismo probable, le hará ver al práctico el "factor séptico" e interpretar correctamente las intermitencias y exacerbaciones de la curva térmica.

Más tarde, cuando, a causa de las embolias, empiezan a aparecer focos supurativos a distancia (derrames pleuríticos purulentos, artritis, abscesos viscerales, etc.), ya no habrá confusión posible, pero no debe aguar-

(15) Recasens. "Tratado de Obstetricia", p. 850-2.

darse esta etapa para hacer un diagnóstico diferencial, pues a la postre resulta la pobre enferma víctima no sólo de su infección sino también de una equivocación que pudo evitarse precózmente con un análisis de sangre practicado a tiempo oportuno.

No basta lo que antecede para poner punto final a la equivocación diagnóstica de estos procesos en que más comúnmente se incurre entre nosotros. Hay con respecto a las infecciones puerperales en general algunos prejuicios a los que necesariamente hemos de aludir, pues que dificultan la temprana y juiciosa diferenciación de las mismas. Ya nos referimos a la apreciación errónea de la fetidez de los loquios como indicio *sine qua non* de infección intra-uterina y a la más peligrosa deducción de no sospechar ésta cuando no coincide con aquella; desde luego que, así pensando, no pasa inadvertida ninguna sapremia, pero sí, y frecuentemente, muchas infecciones sépticas, algunas aún de extrema virulencia. Todos sabemos, además, que la supresión de los loquios es en estas últimas una señal reveladora de la intensidad del proceso infectivo, de modo que el práctico que esté aguardando loquios mal olientes no se percatará de lo que en realidad está ocurriendo en el interior de un útero que ya no los produce ni bien ni mal olientes, y en cambio, apoyándose en ese único dato, puede descubrir otros procesos relativamente banales cuando se les compara con aquellos cuya gravedad nadie osaría poner en duda.

Otro prejuicio es la llamada "fiebre láctea". No ya las familias en su casi totalidad sino que también muchos médicos se dejan ilusionar en los primeros días de una infección puerperal atribuyendo todos sus síntomas a la entrada en plena actividad fisiológica de las glándulas mamarias. Así se pasa a veces el período de tiempo en que, potencialmente al menos, podría recibir la puérpera mayor beneficio de una terapéutica basada en un bien orientado diagnóstico. Muchos autores asignan cifras máximas de pulso y temperatura, sobrepasadas las cuales ya hay que pensar en algo patológico; a nosotros nos parecen arbitrarios los límites de 38 grados y 90 pulsaciones, por ejemplo, que son los más citados; casi consideraríamos igualmente arbitrarios cualesquiera otros que se fijasen, pero creemos que el práctico no debe dejarse engañar por ningún estado febril que ocurra en el puerperio, no importa cuáles sean sus más altas cifras, siempre que se prolongue más allá de 24 a 36 horas, cuando tiene a mano, con un simple teñido de sangre, el medio expedito de descubrir una infección que por encima de todo debe sospechar.

Hay salpingitis antiguas que se agudizan durante el puerperio después de haber permanecido latentes por un tiempo variable. Esto constituye otra causa de error en el diagnóstico temprano de las infecciones puerperales. Muchos vacilan en admitir la existencia de éstas en casos

que prácticamente no han podido ser infectados, puesto que ni ha habido instrumentación ni contaminación externa apreciable; si los síntomas reveladores del comienzo de una infección, escalofrío seguido de fiebre, por ejemplo, han precedido algunas horas al parto y éste se ha verificado en condiciones regularmente asépticas, la confusión crece y el estado febril se dirá que obedece, en la mayoría de las ocasiones, a un paludismo latente que vino a despertar el "shock" del momento; y sin embargo, el origen de tal pirexia hay que buscarlo en una infección *ante partum*, por agudización de un foco preexistente en la vecindad del mismo útero: una colección purulenta en esta o la otra trompa, reliquia de una blenorragia pasada meses o años atrás.

La fiebre puerperal reclamará nuevamente nuestra atención cuando tratemos la diferenciación de las pirexias a tipo contínuo o remitente.

(D) *Sepsis esplénica.*—Los procesos inflamatorios agudos o crónicos del bazo (infarto con infección secundaria, absceso de la pulpa, periesplenitis....) dan regularmente origen a un tipo febril semejante al del paludismo intermitente. La pobreza de su sintomatología local, muy análoga a la que este último determina en razón a su invariable e intensa localización esplénica, hace que la diferenciación clínica sea a menudo bien difícil e imposible en algunas ocasiones. Esplenomegalia más o menos pronunciada, sensación de peso y dolor en el hipocondrio izquierdo que se exacerba a la presión, con los movimientos respiratorios y con los cambios de postura, síntomas de presión diafragmática, tos y disnea,.... ésta es casi toda la fenomenalidad local de los procesos sépticos, que la malaria reproduce fielmente.

Vimos recientemente en Hato Rey un caso de terciana maligna en el cual la sensibilidad del bazo a la palpación era tan sumamente exquisita y tan intenso el dolor espontáneo lo mismo que el provocado por el menor movimiento del busto o por cualquiera inspiración fuera del tipo exclusivamente costal, que durante las horas que hubieron de transcurrir antes de establecer el diagnóstico mediante el correspondiente hemanálisis, no pudimos menos de afrontar la sospecha de una supuración del órgano que por otra parte nada insinuaba, como no fuera un estado hipertrófico de las amigdalas y la posible existencia de un foco purulento central en una de estas glándulas, que habría servido de punto de origen a una probable metástasis esplénica. Afortunadamente para la enfermita y para nuestra tranquilidad de ánimo, el pronto hallazgo simultáneo de dos o tres anillos intra-globulares vino a alejar nuestra sospecha.

Prescindiendo de la anamnesis, no hay signo clínico que pueda diferenciar un bazo séptico de un bazo palúdico. Ni siquiera el ruido de

frote que a la auscultación se percibe en las peri-esplenitis es distintivo, pues que muchas veces se puede constatar en las hipertrofias de origen malárico amén de que la peri-esplenitis es una complicación frecuente y causa del dolor que a muchos palúdicos aqueja (16). Claro que en presencia de una piohemia o de una endocarditis maligna el brusco debut de los síntomas indicaría una embolia séptica o un infarto, y la demostración más tarde de fluctuación profunda, un absceso solitario cuya ruptura ulterior iría señalada por signos y síntomas dependientes del órgano vecino en que ocurriera (pulmón, estómago, intestino. . . .), pudiéndose apreciar, a partir de entonces, una disminución en el volumen del bazo. Los antecedentes de trauma ayudan en casos dudosos, pero por poco que lo sean debe recurrirse a un examen hematológico; los datos que éste aporta son concluyentes, pues al excluir paludismo, permiten una comprobación de los tres factores ya varias veces aludidos: leucocitocis, polinucleosis e hipoeosinofilia.

Sería conveniente dedicar aunque sean breves líneas a las *esplenomegalias febriles* aparte del grupo de infecciones sépticas.

Conocida de todos la participación que toma el bazo en las infecciones tíficas, en la sífilis, la tuberculosis, la erisipela, la melitococcia, etc., no estaría justificado referirnos ahora a ellas, ya que los síntomas de parte de aquel órgano quedan obscurecidos ante el conjunto por el cual se revelan estas invasiones; por la misma razón tampoco nos ocuparemos ahora de las diversas discrasias sanguíneas (anemia perniciosa, leucemias, linfadenia) en las que a menudo coexisten un notable o moderado aumento de volumen del bazo con oscilaciones térmicas de mayor o menor amplitud; pero sí debemos hacer mención de ciertos procesos que afectan primordialmente el bazo y que por la fiebre a paroxismos intermitentes que frecuentemente los acompañan, pueden confundirse con las palúdicas de igual tipo, Señalaremos la anemia esplénica y la trombosis de la vena esplénica (o de la porta), afecciones caracterizadas por un síndrome análogo de tumefacción del bazo, hemorragias diversas, sobre todo hematemesis a repetición, y anemia secundaria de tipo clorótico. Es fácil hacerse cargo de la posible confusión con ciertas formas agudas de malaria en las que una intensa hiperemia de la mucosa gástrica puede dar lugar a vómitos de sangre (que también resultarían de una cirrosis hepática de etiología igualmente palúdica), coexistiendo además los otros dos signos de esplenomegalia y anemia secundaria. Al principio solo un cuidadoso hemanálisis podría establecer la diferenciación mediante la debida exclusión del hematozoario y de la mononucleosis que sigue a los accesos; de nada nos

[16] Nothnagel, "System of Medicine". t. *Malaria*, p. 373.

valdría, por otra parte, determinar el tipo anémico, que es idéntico en el paludismo crónico y en la anemia espiénica. En la etapa terminal de esta última ya es fácil la separación clínica, pues que aparecen la ictericia y la ascitis con otros signos de cirrosis hepática, quedando constituída la llamada "enfermedad de Banti".

Debemos citar aquí algunas fiebres de larga duración cuyo signo local más característico es la esplenomegalia, y que en los países donde se ha establecido su existencia se confunden clínicamente con el paludismo: tales son el tifus recurrente y el kala-azar. Hoy que, afortunadamente, se han generalizado bastante los exámenes de sangre, acaso podríamos afirmar que no existe en Puerto Rico la fiebre recurrente, ya que hasta ahora nadie ha encontrado entre nosotros el espirilo que es su agente productor; esto haciendo caso omiso de su curva térmica que, como sabemos, difícilmente podría pasar desapercibida. Sería muy arriesgado sentar igual afirmación con respecto a los parásitos de Leishman-Donovan que son causa de la esplenomegalia febril tropical y el kala-azar infantil; ciertamente que esos parásitos no han sido observados en esta isla, pero eso no prueba que no los tengamos, pues sabido es que no se les encuentra fácilmente en la circulación periférica sino que es preciso ir a buscarlos a la pulpa de órganos internos (el bazo, el hígado y la médula ósea, principalmente), lo que representa una seria dificultad para el diagnóstico. Vale la pena hacer uso de los medios acostumbrados en otras partes para dilucidar la probable existencia de esos organismos en nuestro suelo. El profesor Novy siempre me aconsejaba que estuviese al tanto de bazos hipertróficos no maláricos, pero los casos en que he tenido presente su advertencia fueron todos niños y en ninguno me he atrevido afrontar los riesgos de una punción esplénica; hice una vez, buscando esos parásitos, una punción del hígado, pero fué infructuosa; ésta es desde luego mucho más fácil que aquella. Hay diversidad de pareceres con respecto a la seguridad, para el paciente, de la punción del bazo; hace poco se publicaron en la misma revista (17) dos trabajos contradictorios acerca de este punto: en uno, Aravantinos asegura enfáticamente que la punción es un procedimiento de absoluta seguridad, que no es necesaria la administración previa de cloruro cálcico que otros aconsejan, ni el uso posterior de una faja abdominal, ni precaución de ninguna clase, ni aún tratándose de niños pequeños; Nicolle en el otro artículo critica la técnica de Avarantinos; afirma que no tiene nada de inócua la punción sino que, por el contrario, es un recurso del que hay que valerse con muchas precauciones: aconseja un análisis previo de la sangre periférica, sobre todo en cuanto a coagula-

[17] *Bull. de la Soc. de Path. exot*", [1918[Oct. y Nov.

bilidad, recordando que los enfermos de kala-azar son a veces verdaderos hemofílicos; después de la punción dice que se debe guardar una inmovilidad completa durante media hora a lo menos.

Deaderick dice que "no resolveremos los misterios de la esplenomegalia hasta que no contemos con un método seguro (es decir, exento de peligro) para obtener sangre del bazo" (3).

La resección de una costilla, prévia anestesia local, es un procedimiento menos peligroso, y se aconseja recurrir al mismo en casos de duda; los parásitos de Leishman-Donovan pueden demostrarse fácilmente en frótis de la substancia medular debidamente coloreados.

Se ha propuesto por Abl (18) un medio diagnóstico para diferenciar paludismo de otras fiebres con esplenomegalia: la llamàda "reacción de contracción"; el bazo se contrae después de una inyección hipodérmica de adrenalina (1 o 2 milígramos) y al contraerse expele de sus capilares y espacios sanguíneos los hematozoarios cuya investigación ulterior en la sangre periférica afirmaría o excluiría un diagnóstico de paludismo; esta prueba fué recomendada desde 1914 y en los años transcurridos numerosos observadores la han confirmado y hasta se ha señalado la utilidad de su empleo como prueba de curación; con igual fin sabemos que también se ha propuesto la estricnina, pero no ha resultado eficaz.

Con esto ponemos término, por ahora, a la diferenciación de las sepsis viscerales con el paludismo intermitente. Las otras enfermedades sépticas del abdómen tienen más puntos de contacto con las formas contínuo-remitentes y las meningo-cerebrales con las formas perniciosas; al diferenciar esos dos grupos palúdicos nos ocuparemos de unas y otras.

(E) *Sepsis externas.*—Casi no valdría la pena ocuparse de separar clínicamente las fiebres resultantes de una localización séptica "externa", de las producidas por el hematozoario de Laveran. Sin embargo, todos recordaremos casos y más casos en que ha ocurrido esta confusión que, a nuestro modo de ver, se debe a dos causas principales: la primera es el afán de querer diagnosticar por un solo síntoma, esto es, la fiebre; la segunda, consecuencia directa de aquella, por diagnosticar a destiempo, es decir, cuando todavía no hay los elementos clínicos necesarios. No tenemos más que recordar el sinnúmero de procesos sépticos a que hemos asistido, revelados días y más días por una pirexia intermitente sin ninguna manifestación local y que se han resuelto finalmente por la formación de un absceso subcutáneo o profundo o una artritis supurada o un

[3] Otra citada, p. 287.
[18] Abl en "*Munch, Med. Woch*". [1919], t, lxvi, p. 180.

foco osteomielítico; al evacuar el pus o limpiar el foco séptico han desaparecido todos los fenómenos de reacción general. La explicación de estos hechos es que gran parte de esos procesos son bacteriemias que se localizan tardíamente y la generalidad de las equivocaciones diagnósticas tienen su origen en el olvido de ésta que es ya una de las verdades fundamentales de la Patología general. Podrían multiplicarse los ejemplos en apoyo de esta aserción. Si no pueden reconocerse estas infecciones *ab initio* por síntomas y signos externos, el laboratorio nos presta una doble ayuda para salvar las dificultades de apreciación a que la sola manifestación febril da lugar: por un lado excluye el paludismo; por otro nos ofrece los estigmas reveladores de una sepsis. Hay que conformarse, pues, con saber que el organismo sufre una invasión (que puede corroborarse, además, con una hemo-cultura) y no querer anticipar la localización ulterior del agente séptico, pues sería perfectamente inútil. Bástenos la seguridad (obtenida mediante reiterados análisis) de que no es un caso de paludismo; con esto ganarán mucho el médico y su enfermo.

Aún después de haberse presentado signos locales son posibles las equivocaciones. Vimos una vez tratado como paludismo un caso de flemón difuso de la pared abdominal, lado izquierdo; el médico que asistía al enfermito, ilusionado de muchos días atrás con la idea de un paludismo, siguió aferrado a este pseudo-diagnóstico cuando ya no había justificación, pues que los signos locales de dolor e hiperestesia debieron haberle hecho ver claro, pero él, obcecado, trataba de interpretarlos como debidos a tumefacción y sensibilidad exagerada del bazo y no se explicaba la "rebeldía" de aquella fiebre.

Cabot (19) menciona dos casos que ilustran bien el por qué de muchas de estas equivocaciones. En uno de ellos, por querer buscar la fuente de origen de la infección, infructuosamente porque no estaba aún localizada, confundió un absceso axilar profundo con un proceso inflamatorio pulmonar que fué lo que le hicieron sospechar los síntomas de tos, esputo, herpes labial, etc.; he querido citarlo por la semejanza que guarda con un caso observado por mí hace más de trece años, en que, guiándome sólo por la fiebre y por signos locales muy indistintos, caí en la tentación de diagnosticar primero una pleuritis palúdica y achacarle luego un origen tuberculoso, cuando todo vino a resolverse con el hallazgo, semanas más tarde, de una gran colección purulenta en un seno de suyo hiperplástico. En el otro caso, que lo refiere como ejemplo de los errores a que pueden dar lugar la falsa modestia del enfermo por un lado y lo limitado de la exploración comúnmente practicada, por otro, un absceso isquio-rectal vino a cerrar el cuadro de una infección sistémica que le dió tiempo a pen-

[19] Cabot, "Differential Diagnosis" [1917] t. i. 3ª ed., p. 482-4.

sar en un empiema, una tuberculosis, una meningitis,. . . . antes de encontrar el verdadero punto de origen. Llama la atención a este propósito a la necesidad de tener siempre en cuenta no sólo las más frecuentes sino también las raras localizaciones purulentas y expone su creencia de que la supuración en general no causa dolor ni signo físico alguno que pueda ser reconocido fácilmente hasta no llegar a la superficie o a los planos subcutáneos.

Conviene recordar que una infección séptica o el traumatismo de que procede pueden despertar un paludismo latente de mucho tiempo atrás, el cual podría pasar ignorado por atribuir a aquélla el origen de la fiebre. Moreau (20) pudo observar que la mayor parte de los soldados franceses heridos en Macedonia al volver a su tierra sufrían de fiebres intermitentes que clínicamente se confundían a veces con las resultantes de infecciones sépticas; por medio de análisis metódicos y repetidos de sangre ha podido este autor comprobar que un trauma no sólo revive el paludismo en casos latentes sino que puede ser la causa excitante de un primer acceso.

En la diferenciación hematológica de estas sepsis externas o "quïrúrgicas" conviene tener presente que cuando el pus tiene fácil salida al exterior, como en un absceso subcutáneo con suficiente drenaje, en una cistitis, etc. puede faltar la leucocitosis enteramente; el contaje diferencial es entonces de más interés porque demuestra el aumento relativo de los polinucleares y la disminución, o ausencia total, de los eosinófilos.

(F) *Sepsis cardíaca.*—La endocarditis maligna o ulcerosa representa, en un grado todavía más avanzado que las sepsis externas, el tránsito de las infecciones locales a las generalizadas cuyas localizaciones secundarias no dan lugar ciertamente a los más salientes fenómenos del cuadro morboso. Localización secundaria ella misma de infecciones que han originado en órganos más o menos remotos, como el hígado, el útero, etc., realiza, como ninguna otra, el conjunto de una invasión sistémica y riega, como asentada al fin en el mejor centro distribuidor, la semilla que luego ha de prender en una articulación, en una serosa, en una víscera o en un plano subcutáneo.

Es realmente asombroso que una enfermedad de tan rica y variada sintomatología pase tan a menudo confundida con el paludismo, como acontece en nuestro país. Aquí hay que recriminar, más que al deseo de diagnosticar algo, a lo limitado de la exploración. Sin esta condición no sería posible que pasara desapercibida la enfermedad y aquel deseo hallaría cumplida satisfacción en el resultado de la exploración misma a no ser que

[20] Moreau en '*Bull de l' Acad de Med*". [1917], t. lxxvii, p. 48.

ésta fuese muy superficial y, por ende, insuficiente. ¿Cómo no culpar a un práctico que no ha examinado el corazón de un febricitante después de estar confiado a sus cuidados durante días y hasta semanas?

Si, conforme hemos visto en las otras sepsis viscerales, la toxina malárica determina lesiones cuya sintomatología local en poco o nada difiere de aquellas, estando justificada hasta cierto punto una equivocación en el terreno de la clínica, no ocurre lo mismo con los estados sépticos del corazón, sobre todo con la variedad de endocarditis de que nos estamos ocupando. "Es excesivamente rara la endocarditis como complicación del paludismo"—dice Osler,—agregando que "la frecuente referencia que de ella hacen los clásicos se debe a errores de diagnóstico, particularmente en conexión con las formas más crónicas de endocarditis acompañadas de escalofríos y fiebre" (21).

Naturalmente que en presencia de casos en que la enfermedad ha desplegado su sintomatología existiendo, además de los signos de reacción general, señales de infartos esplénicos, pulmonares, renales.... de eritemas diversos, y hemorragias múltiples, como petequias, púrpura, hematuria, epistaxis, melena.... de localizaciones purulentas, como artritis, abscesos subcutáneos, pleuresía o peritonitis supuradas,.... no hay lugar a confusión. Queremos referirnos, más bien, a las primeras fases de la enfermedad en las cuales no hay más que un órgano afectado: el propio corazón. Un examen cuidadoso revelará, aún al principio, signos que de otra suerte pasarían desapercibidos, ya que todavía no han aparecido los síntomas reveladores del sufrimiento cardíaco. En efecto, los ruídos valvulares se nos presentan modificados en su sonoridad, perciibiéndose claramente el amortiguamiento de uno o dos de ellos, bien apreciable cuando se les compara con los otros aún no afectados. Los soplos aparecen temprano, especialmente el sistólico en el foco mitral: le siguen en frecuencia el sistólico y diastólico reveladores de la estrechez y de la insuficiencia aórticas: los soplos debidos a vegetaciones en las sigmoídeas pulmonares o en la tricúspide no son raros: todos presentan caracteres de mutabilidad que les dan un gran valor diagnóstico: de un día a otro un soplo sistólico se cambia o añade a uno diastólico; uno recio y vibrante puede sustituir a otro blando y suave: aparecen y desaparecen del modo más inconstante: un día deja de oirse un soplo que se había sido observado la víspera: por el contrario, se encuentra hoy uno que ayer no existía. Tan extrema variación tiene su explicación natural en el desarrollo rápido de las alteraciones valvulares y en la acometida que sucesivamente sufren los varios orificios.

---

(21) Osler y McCrae, "Modern Medicine" (1914) t. iv. p. 157.

Con el progreso de la enfermedad el diagnóstico se hace cada vez más fácil. Aparecen síntomas funcionales (molestia precordial, opresión, ansiedad, disnea, taquicardia, palpitaciones) que desde luego enfocan la atención del práctico hacia su fuente de origen, poniéndole en camino de determinar exactamente la nosología de la pirexia.

Claro es que no todas las endocarditis se revelan de un modo tan sencillo como esta forma que es, según la expresión de Bergé (1), "clínicamente maligna y anatómicamente úlcero-vegetante". Hay la endocarditis aguda simple cuya sintomatología es menos ruidosa y por tanto se presta más comúnmente a confusiones posibles. Solo nos ocuparemos de la forma que va acompañada por paroxismos intermitentes; aquella en que la curva febril es contínua o remitente recibirá nuestra atención en las fiebres del segundo grupo, cuando tratemos de la tifoidea y de la granulia, con cuyas infecciones se confunde la endocarditis que responde a ese otro tipo febril.

En estas formas silenciosas es preciso ante todo tener en cuenta los antecedentes clínicos en cuanto hace referencia a infecciones pasadas o a focos sépticos actualmente presentes. Investíguense especialmente los antecedentes reumáticos, no solo en cuanto a los fenómenos clínicos ordinarios del reumatismo articular agudo, sino también respecto de sus menos comunes manifestaciones, el eritema nudoso y poliformo, nódulos fibrosos subcutáneos, etc. Recuérdese además el papel activo que juegan las amígdalas; menos se reconoce lo que puede significar en la génesis de una endocarditis una infección biliar o un absceso de la próstata o uno alveolar, la misma piorrea, la gonorrea, etc. En los niños hay que notar la frecuencia con que una lesión articular, al parecer insignificante, o un pequeño foco de bronco-pneumonia pueden servir de fuente de origen a una endocarditis. No se olvide la ocurrencia frecuente de este trío, corea, artritis y endocarditis, en Patología infantil. Asombra al práctico no encontrar en muchas ocasiones foco alguno de donde haya podido derivar una infección secundaria del endocardio que le han revelado, por otra parte, signos físicos bien definidos y aún la presencia en la sangre de algún germen piógeno; es que en muchos órganos, como en las amígdalas, el intestino, la faringe, los pulmones, etc., existe con frecuencia un estado de infección latente, o sub-infección, pudiendo abrirse en uno de ellos una puerta de entrada para una invasión general sin que la preceda una lesión local manifiesta.

Aun en presencia de un soplo perfectamente comprobable, es difícil en estas formas, por lo demás silenciosas, llegar a un diagnóstico de cer-

(1) Enriquez, obra citada, t. iii, p. 55.

teza con sólo la observación clínica. El soplo puede ser debido a una lesión valvular anterior, pero todavía en la seguridad de que no había sido hallado préviamente, nos confrontamos con que en muchos estados febriles pueden oirse soplos en los dos focos de la base, que no indican la más ligera infección del endocardio; es frecuente en los niños y en adultos jóvenes de pecho delgado oir un soplo en el orificio pulmonar, durante el sístole, en casos de alta fiebre (sea o no palúdica) con taquicardia; también es frecuente constatar un soplo igualmente sistólico en el foco aórtico, en casos febriles también con aceleración cardíaca: nada puede distinguir este soplo, lo mismo que el que ocurre en ciertas alteraciones de la sangre, con el de una valvulitis. Para Osler el soplo que tiene significación diagnóstica en un caso febril, infeccioso, como de reumatismo agudo, por ejemplo, debe reunir las siguientes características:

> "(a) haberse primeramente observado en forma de rudeza o debilitación del primer ruido, del cual puede haberse desarrollado directamente: (b) oirse más distintamente en la punta, por debajo de la cuarta costilla y propagarse hasta la línea axilar media: (c) ser de un tono suave al principio y factible de cambiar y hacerse rudo; (d) estar constantemente presente, es decir, oirse cuando el sujeto está acostado, sentado o de pié, a menudo de una manera más intensa en la primera posición; y (e) últimamente, y más importante de todos, ser permanente" (21).

Contrástense esas dos últimas características con las de los soplos que ocurren en la forma ulcerosa o maligna. Después de cesar todas las manifestaciones de la infección, el soplo no solo persiste sino que puede hacerse más intenso.

Los casos de la que Libman llama "endocarditis lenta" (19) puedén ser diagnosticados por los signos y síntomas de la nefritis hemorrágica que la acompaña y que no es sino el resultado de una embolia.

La endocarditis recurrente es la forma que más se presta a una equivocación diagnóstica; caracterizada por accesos febriles a tipo remitente o intermitente y con síntomas cardíacos muy vagos, es sobre todo susceptible de confundirse con el paludismo a causa de sus recidivas frecuentes: los fenómenos infecciosos se amortiguan por un tiempo para reaparecer nuevamente y así varias veces. Laveran (5) se refiere a tres casos observados por Dock, erróneamente tomados por malaria. En esta variedad la pobreza de signos físicos se debe a que las vegetaciones son

[21] obra citada t. iv. p. 155.
[19] " " t. ii p. 223.
[5] " " p. 251.

generalmente parietales y no se descubren sino por las embolias que pueden ocurrir como expresión de una trombosis cardíaca que no siempre se presenta. Es una forma de gran cronicidad, pudiendo persistir durante meses y hasta un año.

Finalmente, hay que recordar que muy raramente una endocarditis no se complica, ya sea con pericarditis o con miocarditis; en los niños, sobre todo, la extensión del proceso inflamatorio al músculo y a la serosa es frecuente, produciéndose entonces una "pancarditis"; esto facilita el diagnóstico, pues a los signos de la infección primera se sobreañaden los de la peri-y miocarditis (aumento de la macidez precordial, frote pericárdico, arritmia, pequeñez del pulso, debilitamiento de todos los ruidos, cianosis, ingurgitación yugular, infarto hepático y demás signos del consiguiente éstasis venoso).

Fuera de la endocarditis infecciosa, los otros procesos sépticos del corazón, si poco pierden en cuanto a su significación clínica, en cambio llegan casi generalmente a pasar desapercibidos ante el conjunto de la enfermedad primitiva de la que casi siempre son derivaciones tardías. La pericarditis purulenta y la miocarditis supurada aguda (o sea el absceso del corazón) pueden descubrirse por sus signos propios, pero más frecuentemente quedan éstos obscurecidos y sólo recoje el práctico la observación de un estado infeccioso a tipo febril casi siempre intermitente y que, en ausencia de toda fenomenalidad local, es susceptible de confusión con la fiebre palúdica de igual tipo que, como ya vimos, puede manifestarse con todo el cortejo de las infecciones pulmonares (disnea, cianosis, fenómenos de éstasis, etc); de modo que siendo idéntica la reacción general (escalofrío, hipertermia, sudores, anemia progresiva, etc.), podrían interpretarse los signos de dificultad circulatoria que acompañan a aquellos procesos como expresión de determinaciones pulmonares tan comunes en la malaria.

No debe omitirse nunca en casos de pirexia prolongada el análisis hematológico; si hemos insistido acerca de su necesidad en el diagnóstico diferencial de las otras sepsis viscerales con el paludismo, con no menos énfasis hemos de invocarlo en las sepsis cardíacas, tan graves y de tan difícil diferenciación clínica, como acabamos de ver. Hace algunos años vimos en consulta un caso de fiebre que había sido diagnosticado y tratado como tifoídea por espacio de dos o tres semanas; la curva térmica era contínua, pero con francas remisiones; la aparición más tarde de ligeros escalofríos hizo pensar en una posible complicación palúdica; la enferma fué tratada varios días con quinina y casi estoy seguro que ya llevaba más de 20 desde que empezó la fiebre y en todo ese tiempo no se había explorado el corazón; de haberlo hecho antes es seguro que

se habría diagnosticado correctamente, pues allí podían oirse soplos de todos los timbres y todas las tonalidades; se acepró con reservas nuestro diagnóstico de endocarditis infecciosa, pero seguramente sólo como una simple apreciación que debía tenerse en cuenta, pues se solicitaron otras consultas; para algunos no había tal endocarditis, aquello era un caso claro el paludismo; para otros la endocarditis era secundaria a una fiebre tifoídea, y esta su enfermedad original; era urgente, desde luego, llegar a una conclusión correcta, pues la enferma estaba corriendo, además de los peligros de su infección (cualquiera que fuese) otros dos, a juicio nuestro: los baños, con su indispensable movilidad, y la quinina; el empleo de ésta a dosis más que suficientes y su fracaso absoluto parece que determinaron el convencimiento, más aún que el análisis negativo de la sangre, acerca de la no existencia de paludismo; la prueba de Widal creo que también fué negativa, pero sí estoy seguro de la alta leucocitosis con predominio polinuclear e hipo-eosinofilia, que pude comprobar y que, naturalmente, me permitió excluir tanto malaria como tifoidea; el curso fué algo prolongado, pero al fin la enferma curó, y los mismos que vacilaron ante mi diagnóstico (sino lo rechazaron de plano), luego formularon el mismo cuando ya había entrado la convalecencia; sólo que entonces fué un diagnóstico "retrospectivo", como muchos que así se hacen entre nosotros.

Auxiliar poderoso del contaje total y diferencial de leucocitos en estas infecciones es la hemo-cultura, pero de ésta nos ocuparemos con más amplitud al tratar de las infecciones sépticas generalizadas, en la próxima sección.

(G) *Sepsis generalizadas.*—Parecería ocioso después de haber analizado, aunque de modo somero, el diagnóstico diferencial de ciertos procesos sépticos, como la endocarditis, en los que la infección se difunde tan ampliamente, y de otros en que, si bien circunscrita a una víscera o a un aparato determinado, al principio, concluye por generalizarse, hacer una alusión especial a estas últimas eventualidades; sin embargo, es indispensable ocuparnos de estas sepsis, pues las dificultades que su diagnóstico temprano entraña son causa de que se las confunda con el paludismo, y dan motivo para que se apuren los medios conducentes a una segura diferenciación respecto de esta última enfermedad.

Todavía se describen estos procesos con el nombre anticuado de "septicemias"; algunas de ellas se siguen llamando aún "piohemias", no obstante su errónea etimología, y otras, por fin, que clínicamente participan de los fenómenos que a ambos grupos caracterizan, continúan con la designación híbrida de "séptico-piohemia", más absurda que las dos anteriores. El moderno concepto de "bacteriemia" podría usarse para incluir

todos estos procesos y bastaría sino fuese por la sencilla razón de que hoy hemos apreciado que casi todas las infecciones son bacteriemias, aun aquellas en que parece ser más predominante la lesión local, y naturalmente resulta vago el término: porque cómo distinguir, para motivos de pura nosología, entre las bacteriemias tífica, pneumónica, etc. y las también bacteriemias estrepto-y estafilocóccicas, neisseriana, etc.? Dada la imprecisión del vocablo, que después de todo no hace sino traducir un solo síntoma, esto es, la presencia de bacterias en la sangre, que, además, puede ser transitoria, nos parece preferible clasificar todas estas infecciones que se manifiestan por fenómenos generales sin determinaciones orgánicas características, bajo la designación genérica que nos sirve de subtítulo, y aplicar a cada una el nombre que etiológicamente le corresponde, de donde tenemos "estreptococcia", "estafilococcia", "pneumococcia", "gonococcia", "meningococcia" y otros vocablos modernos con que se ha enriquecido recientemente el léxico de la Patología infecciosa. Estos términos además no comprometen, pues aunque, como ya dijimos, la presencia en la sangre de una bacteria dada sea transitoria, siempre circularán en aquel medio sus toxinas, de las cuales depende en gran parte la sintomatología de un estado infeccioso cualquiera: tendremos, pues, que en toda estreptococcia (o estreptococcemia) etc. habrán bacteriemia y "toxinemia" o "toxihemia".

Claro que la designación etiológica de estas infecciones no es posible sin una determinación bacteriológica exacta: de aquí la principal adquisición de esta nueva nomenclatura: el diagnóstico de la especie microbiana a que se deben los fenómenos de infección general, como requisito indispensable antes de poder afirmar la existencia de una invasión sanguínea, que no puede menos que contrastarse con la vaguedad del término "septicemia" cuya poca precisión es aparente.

La sintomatología general de estos procesos puede ser muy pobre en matices; a veces una infección sanguínea solo se revela, durante más o menos tiempo, por fiebres que pueden asumir cualquier tipo o cambiar de contínua a intermitente o vice-versa. Las observaciones que ahora hagamos se referirán solamente a los tipos de sepsis generalizada en que predomina la curva de francas intermitencias como las que caracterizan a las palúdicas de igual tipo, que venimos considerando. El escalofrío, que antaño se tenía como señal de metástasis purulenta, sabemos hoy que igualmente ocurre en infecciones en que no hay supuración, y a la inversa, puede faltar en casos en que ésta domina el cuadro. De cualquier modo no podemos utilizar el escalofrío como medio de diferenciación con el paludismo. Lo propio cabe decir de un sinnúmero de determinaciones viscerales que se revelan por síntomas análogos o muy parecidos a los que

exteriorizan las localizaciones palúdicas: un bazo tumefacto y extraordinariamente sensible a la palpación; fenómenos respiratorios con tos, punta de costado y disnea, etc., lo mismo pueden indicar metástasis sépticas con formación de un absceso esplénico o pulmonar, que determinaciones maláricas, conforme hemos visto más atrás. Hay otras manifestaciones locales cuya diferenciación oportuna es indispensable para poder sentar un juicio pronóstico inmediato, al que generalmente se vé obligado el médico; así, por ejemplo, una sordera súbita puede resultar de una embolia de la arteria basilar y también ser de origen palúdico u obedecer a una intoxicación post-quínica; de igual modo cabe confundir la amaurosis o la ambliopía malárica con la resultante de una neuritis óptica, también por embolia; en presencia de uno de estos accidentes no cabe seguir diciendo, como antes, sordera o ceguera "esencial", con cuyo adjetivo se encubría nuestra ignorancia; hay que fijar el diagnóstico etiológico correspondiente y dejar esos términos altisonantes que, después de todo, nada expresan.

Tampoco ayudan mucho a una exacta diferenciación los fenómenos de reacción general. La ictericia, por ejemplo, que es tan común en las enfermedades sépticas, hemos visto con cuanta frecuencia se observa en el paludismo; los eritemas urticariformes de la sepsis se confunden con urticarias debidas a la quinina, etc. No es posible una apreciación clínica más o menos acertada por tal o cual signo o tal o cual fenómeno subjetivo; hay que tener en cuenta el conjunto, las complicaciones más frecuentes en cada una de las sepsis, sus focos de origen más comunes. Hay necesidad de distinguir si una lesión cualquiera, una osteo-mielitis, por ejemplo, es la fuente de origen de una estafilococcia o si aquella es secundaria a una estafilococcia primitiva cuya puerta de entrada no se ha descubierto. Hay que reconocer la existencia de formas atenuadas de estas infecciones. Se impone, pues, la práctica de la hemo-cultura como único medio de llegar al diagnóstico en éstas y parecidas circunstancias.

En la siembra de sangre, más que en ningún otro procedimiento de técnica bacteriológica, interviene de manera notable el factor personal. No basta sino recordar que una siembra positiva puede serlo sólo por contaminación accidental y que otra negativa puede depender del poder bactericida de la misma sangre. Debe escogerse el momento de obtención: hay unanimidad de pareceres en lo que respecta al escalofrío como instante el más apropiado, por ser cuando más abundan las bacterias en la sangre periférica. Los detalles en cuanto a punción, medios de cultivo, etc., estarían aquí demás y por eso prescindimos de ellos, dedicando, en cambio, algunas líneas al examen de frotis de sangre que ocasionalmente ha de ayudarnos tanto como la hemo-cultura en la diferenciación que ahora nos interesa.

Debe excluirse, en primer lugar, la presencia del hematozoario, pero no confiar en ella exclusivamente, por razones ya expuestas. La imagen leucocitaria ayuda grandemente a despistar estas infecciones generalizadas mediante la comprobación del "factor séptico" a que ya nos hemos referido varias veces. En efecto, a la ligera leucocitosis que ocurre en el paludismo durante los accesos, hay que contrastar aquí una mucho más alta, sobre todo en la pneumococcia, que persiste fuera de los accesos. En vez de mononucleosis hay polimorfonucleosis. También es distintiva la hipo-eosinofilia. Debemos, sin embargo, hacer algunas salvedades. La hiperleucocitosis no es un signo invariable; hay sepsis graves en las que el aumento total de glóbulos blancos es ligero o aún puede faltar; en estos casos el sujeto revela las características de una intoxicación profunda; en realidad está vencido por la infección, sus defensas se han agotado; no hay leucocitosis de la misma manera que la reacción febril es nula o escasa. Se echa de ver que en tales circunstancias el contaje diferencial es de mayor importancia que el total: los polimorfonucleares sobrepasan la cifra normal de 60 a 65%, llegando a 80, 90 y aún más (recuerdo un caso de endocarditis estreptocóccica en que pude constatar 96%). Pero ese aumento es constante? No siempre. En los niños hay regularmente una linfocitosis cuyo grado varía inversamente con la edad; en un proceso séptico del orden que tratamos, esos linfocitos disminuyen proporcionalmente, pero siempre conservan su supremacía sobre las otras formas. En el adulto, aunque raramente, ocurren también infecciones con predominio linfocítico; Cabot (22) se refiere principalmente a las del tejido linfoídeo en general y especialmente a las amigdalas, pero menciona también casos de sepsis cutánea; en los primeros la alta linfocitosis y la linfadenitis generalizada llegan a hacer pensar en una leucemia linfática aguda, de la cual es preciso distinguir aquellos procesos.

Con respecto a la hipo-eosinofilia conviene recoordar que en las infecciones blenorrágicas no se observa aquella, como es corriente en la generalidad de los procesos purulentos; por el contrario, a medida que avanza la cronicidad van aumentando los eosinófilos en proporción relativa y ese aumento se encuentra aún en casos de gonococcemia con complicaciones endocárdicas y articulares.

La anemia consecutiva a las infecciones sépticas no es tan intensa, precozmente, como la malárica; una disminución notable en la tara de hemoglobina en pocos días inclina el ánimo en favor de esta última.

Finalmente, el examen directo de la sangre, con reactivos colorantes apropiados, tiene la ventaja de que puede revelar a nuestros ojos el

[22] Cabot en "*Amer. Jour. of Med. Sc.*" [1913], t. cxlv. p. 339.

agente causal de la sepsis. En Puerto Rico ha servido para descubrir una infección que últimamente ha llegado a tomar carta de vecindad entre nosotros: la meningococcia, en casos, la mayor parte, que no presentaban fenómenos meníngeos y que, por tanto, no pudieron ser sospechados clínicamente. A este propósito observa Jochmann que "la afección séptica de meningococos puede preceder por espacio de semanas a la meningitis-espinal.... Desde el fin de la primera hasta el fin de la cuarta semana se demuestra le existencia de meningococos en la sangre" (23). Es cierto que en los casos aquí observados el tipo febril no correspondió con el que ahora estamos diferenciando, pero Ribierre y otros han reportado recientemente varios casos de fiebre intermitente prolongada en los cuales apareció el meningococo como agente responsable: si bien los escalofríos y accesos febriles eran del "tipo malárico", se observaron ciertos signos distintivos, entre ellos constantes erupciones (purpúrica, papulosa o nodular), dolores musculares y articulares durante las exacerbaciones térmicas, acompañados frecuentemente por rubicundez y edema de las coyunturas; en casi todos los casos el coco invadió finalmente las meninges y esa meningitis tardía fué en algunos de ellos el primer indicio acerca de la naturaleza de la enfermedad; en otros las meninges parecieron escapar enteramente al proceso infeccioso, aunque la meningococcemia febril persistió en uno hasta cuatro meses (24). Con respecto a la fórmula leucocitaria de esta infección anotaremos que hay leucocitosis con polinucleosis e hipo-eosinofilia, igual que en sus congéneres, pero Simon ha observado en la forma cerebro-espinal epidémica que esa imagen puede "oscurecerla relativamente la presencia de gran número de células grandes, mononucleares y desprovistas de granulaciones, que algunos clasifican con los leucocitos mononucleares grandes. Mi impresión es que se trata de células endoteliales y no de leucocitos" (10). En el último caso diagnosticado en este Instituto hubimos de notar la proporción relativamente crecida de estas células (en un total de 250 glóbulos blancos recuerdo haber contado más de 80 transicionales); como quiera que muchas veces los meningococos aparecen en escaso número, siendo amenudo necesario recorrer casi toda la preparación para encontrar uno o dos pares o grupos, sería de utilidad la comprobación de un exceso de aquellas células, que ciertamente parecen de origen endotelial, como medio de facilitar el diagnóstico.

La bacteriuria es un signo que debe mencionarse en las sepsis generalizadas. La demostración de estreptococos, estafilococos, pneumococos,

[23] Mohr y Staehelin, "Tratado de Medicina interna", tr. esp., t. ii, p. 178.

[24] Ribierre en "*Annales de Medicine*", (1919) t. vi, p 341.

[10] obra citada, p. 677-8.

etc. en gran número, en los sedimentos urinarios, puede ayudar en la diferenciación de casos dudosos, aunque demás está decir, que no debe confiarse mucho en la apariencia morfológica, sino recurrir a siembras como medio más exacto de determinacón bacteriológica.

Tal vez no valdría la pena, después de haber señalado la utilidad diagnóstica de la hemo-cultura, referirnos a otra reacción de la sangre, máxime cuaando su constancia está lejos de ser invariable: la iodofilia.

Finalmente, en casos de sepsis muy prolongadas no debe olvidar el práctico la posibilidad de una degeneración amiloídea de las vísceras y buscar los signos físicos de parte del hígado, riñón y bazo, principalmente, así como los detalles del análisis de orina (poliuria, baja densidad, abuminuria excesiva, etc.). De ese modo se excluirían muchos casos erróneamente diagnosticados de caquexia palúdica.

PALUDISMO Y SIFILIS.—Probablemente ninguna otra fiebre infecciosa pasa tan a menudo sin una debida diferenciación como la que acompaña a la sífilis en varias de sus fases evolutivas. Entre nosotros casi se ha llegado a tomar la sífilis como una enfermedad apirética; ésto da lugar a que cualquier estado febril que coexista con algunas de sus manifestaciones, se interprete de una manera equivocada, atribuyéndolo a una infección malárica concomitante la mayor parte de las veces.

(A) *Sífilis secundaria.*—La llamada fiebre de invasión acompaña generalmente la aparición de las manifestaciones cutáneo-mucosas que marca la segunda etapa de la enfermedad. A veces esa fiebre es contínua y puede llegar a hacer pensar en una tifoídea: tanto la simula que Fournier la describía con el nombre de "tifosis sifilítica". Más frecuentemente afecta el tipo intermitente con sus tres estadios clásicos de escalofrío, hipertermia y sudor, como en la malaria; su periodicidad, aunque no tan marcada, es bastante manifiesta y como quiera que hay anemia temprana e infarto esplénico, se la confunde usualmente con aquella. Osler (21) menciona el caso de un médico que a sí propio se diagnosticó paludismo, presunción que hubo de rechazar luego en vista del resultado nulo de la medicación químca; al desnudársele se vió clara la etiología de aquellos escalofríos y ligera fiebre diaria que constituían, para él, todo su mal, pues pudo observarse un rupia sifilítico típico y nódulos subcutáneos en la espalda y sobre el esternón, descubriéndose de ese modo una invasión luética al parecer ignorada.

Se comprende que dada la extraordinaria frecuencia de las dermatitis en los trópicos, vacile mucho el médico antes de atribuir una erupción a

[21] obra citada, t. ii p. 160.

su verdadera causa. No está demás, por consiguiente, recordar las características generales de las sifílides cutáneas: en primer lugar su polimorfismo (roseola discreta, purpúrica, urticada,.... pápulas seborréicas, psoriasiformes, eczematiformes,.... vesículas o pústulas herpetiformes, acneiformes, varioliformes.... pápulas o pústulas ulceradas, éctima, rupia, etc.): luego su generalización y la predilección especial de ciertas formas por regiones determinadas del cuerpo (el torax, la frente, los repliegues de flexión,....) su coloración cobriza, su tinte mate, apagado ("triste" para algunos) y la ausencia de prurito. Si a estas erupciones se agregan las placas mucosas y si tenemos en cuenta los signos y síntomas de amigdalitis y de laringitis por sifílides asentadas en esas localidades de elección, la cefalea nocturna, las pléyades ganglionares (inguinales, retro-mastoídeas, epitrocleares,....) ya en evidencia y generalmente indoloras, contaremos con suficientes elementos para un diagnóstico de mucha probabilidad que confirmará luego el laboratorio con una prueba de Wassermann o alguna de sus modificaciones.

Esta fiebre sifilítica si pasa, pues, inadvertida no se deberá más que a una exploración insuficiente. Su equivocación con el paludismo no parece excusable. La tumefacción del brazo, que es frecuentemente causa de error, no debe interpretarse más que como un signo de la reacción general del tejido linfoídeo frente a la invasión del espiroqueta: por otro lado la poli-adenitis, cuya aparición coincide con aquella, es ciertamente un signo negativo de malaria.

La sangre, si bien revela una anemia secundaria en ambas enfermedades, exhibe una leucocitosis al aparecer las manifestaciones sifilíticas del período secundario, leucocitosis que nunca es tan alta en el paludismo, donde, como hemos de recordar, sólo se observa, además, durante los paroxismos febriles. La mononucleosis palúdica en la apirexia contrasta con la linfocitosis luética que, como en la tuberculosis, es alta, proporcionalmente, pero sin la ligera eosinofilia que a esta última infección acompaña: esa linfocitosis es muy persistente y su duración parece depender de la actividad con que se instituya el tratamiento específico. La prueba de Justus puede además servir de auxiliar en un diagnóstico de avariosis, cuando no se ha podido o querido recurrir a una reacción de fijación del complemento: consiste en una rápida disminución de la hemoglobina consecutiva a la administración de una sola dosis, pero en cantidad adecuada, de mercurio, y que puede apreciarse 24 horas después, en un 70 u 80% de los casos de sífilis florida, tan pronto como empiezan a aparecer los infartos ganglionares, sobre todo en los pliegues de flexión de miembros (10).

(10) Simon, obra citada, p. 750.

(B) *Sífilis visceral.*—La fiebre que se observa como acompañamiento inconstante de ciertas lesiones terciarias de los órganos internos puede ser también continua o intermitente; el último tipo, sin embargo, es el que predomina como síntoma de reacción general en los procesos sifilíticos terciarios que afectan, sobre todo, al pulmón y al hígado.

La sífilis pulmonar es la que más frecuentemente pasa sin un diagnóstico oportuno. Su temprana reacción febril, con escasos o nulos signos de afección respiratoria, suele interpretarse como de etiología malárica hasta que sobreviene una hemoptisis, por ejemplo, que hace pensar al práctico en una tuberculosis incipiente; los signos físicos al principio apenas pueden diferenciarse de los de ésta, ni de los del pneumo-paludismo, especialmente en aquellos casos en que la pleura participa; más adelante, cuando aparecen signos cavitarios, el sujeto pasa como un tísico cualquiera con su tos, disnea, expectoración, fiebre vespertina, sudores nocturnos, demacración, dedos hipocráticos, etc. Raras veces, sin embargo, el enfermo mantiene un buen estado de nutrición general, conservando su apetito y su euforia, a pesar de constatarse lesiones pulmonares en un grado evolutivo muy avanzado; tiene entonces, según la expresión de Bazin, "el aspecto de un tísico sano" (1). De cualquier modo el diagnóstico permanecerá en la penumbra a menos que una anamnesis clara o la coincidencia de lesiones terciarias en el paladar, la lengua o en otras vísceras o la presencia de estigmas o cualquier otra circunstancia hagan evocar la posibilidad de una sífilis pulmonar que, desde luego respondería ordinariamente al tratamiento específico. En otras ocasiones el hallazgo en los esputos de fragmentos de tejido que histológicamente demuestra ser parénquima pulmonar infiltrado de células redondas nos hace ver su procedencia de un goma en proceso de desintegración, particularmente si llegan a descubrirse células gigantes; la bacterioscopia negativa con respecto al Koch sería un dato de valor para excluir tubérculos en plena caseificación; por otro lado, la demostración del treponema, en los raros casos en que puede obtenerse, afirma el diagnóstico de modo indubitable.

La sífilis hepática tampoco tiene al principio ningún sello distintivo: cuando se la reconoce, por lo regular ya el hígado está hondamente afectado. El tipo febril intermitente, que aquí también se observa, y de manera casi exclusiva, junto con la participación activa que siempre toma el bazo, son causas de falsas apreciaciones diagnósticas en cuanto hace referencia al paludismo. Cabot (19) relata un caso muy interesante a este respecto: fiebre durante más de un mes, con oscilaciones que alcanzaban su máxi-

(1) Enriquez, obra citada t. iii p. 890.
(19) obra citada, t. i. p. 407.

mum cada 48 horas, escalofríos, cefalea, anemia intensa (con solo 55% de hemoglobina) y ligera ictericia cutánea que no se extendía a las conjuntivas ni tampoco había exereción de bilis en la orina; el tipo de fiebre, que se aproximaba al *terciano* más que a ningún otro, el infarto esplénico y hepático y la anemia precóz hicieron creer a su médico que se trataba de una infección malárica y hasta le indujeron a encontrar plasmodias en la sangre; pero el resultado nulo de la administración de quinina en dosis que se absorbieron prontamente, y los signos físicos de parte del hígado orientaron mejor el diagnóstico de sífilis hepática que halló confirmación definitiva en la rápida mejoría del paciente después de algunas inyecciones mercuriales con la administración simultánea de ioduro potásico.

Los signos diferenciales más solicitados son los siguientes: la ictericia, que es una señal tan constante en las afecciones palúdicas, falta muy a menudo en la sífilis hepática: la superficie del órgano no es lisa y uniforme sino que, por el contrario, el hígado sifilítico es deforme, nodular y surcado por depresiones hondas e irregulares; hay una gran desproporción en cuanto al tamaño relativo de los lóbulos, que Lancereaux (1) juzga de gran relieve diagnóstico. Más luego, al aparecer los signos de cirrosis, puede confundirse ésta con una de origen malárico: entonces es también provechoso tener presente la deformidad hepática con sus abolladuras y depresiones; la ascitis, que en la cirrosis sifilítica va acompañada de fiebre, es regularmente apirética en la palúdica y en cirrosis de otros orígenes (cardíaca, renal, neoplásica,....) excepto en la producida por una peritonitis tuberculosa que también de ordinario es febril. El líquido obtenido por punción es de baja densidad (como en la cirrosis alcohólica) contrastando con el de la peritonitis tuberculosa y el de la cancerosa en las cuales es de alta densidad. No deben dejar de buscarse los estigmas luéticos (máculas pigmentadas, nódulos óseos o sub-periosteos, sobre todo en el occipucio, engrosamiento, aspereza del borde anterior o deformidad en sable de las tibias, la esclerosis arterial prematura revelada por hipertensión (en ausencia de una nefritis o alguna otra causa ostensible), la irregularidad pupilar, la poli-adenia generalizada, indolora, etc.) Tampoco debe omitirse la reacción de Wassermann o de sus derivadas, como complemento casi indispensable a un diagnóstico firme.

PALUDISMO Y HEMO-LINFO-PATIAS.—Ya nos hemos referido brevemente a las anemias que se desarrollan en el curso de la tuberculosis, la sífilis, las sepsis locales y generalizadas, etc.; se trata en

(1) Enriquez, etc. obra citada, t. ii, p. 255.

todos estos casos de un proceso secundario: la sangre toma una participación más o menos activa en estas infecciones, y a consecuencia de la absorción de material tóxico sobrevienen la hipoglobulia, la reducción en la tara de hemoglobina y demás cambios que señalan la anemia en general, la que no constituye sino un síntoma de la afección primitiva; por eso a estas anemias se las denomina sintomáticas o secundarias. Vamos a ocuparnos ahora de un grupo de enfermedades en las que los trastornos hemáticos imprimen un sello especial, a cada una, atribuyéndose sus síntomas especiales a la alteración sanguínea *per se;* se clasifican aquí varios estados patológicos todos ellos de indiscutible individualidad clínica, pero no así patogénica. De cualquier modo, entre aquellos síntomas figura la fiebre como elemento ciertamente inconstante pero que es preciso tener en cuenta en un estudio de diagnóstico diferencial por poco completo que sea; la fiebre puede ser irregular o asumir uno de los tipos remitente o intermitente: en atención a que este último es el que con más frecuencia prevalece, consideraremos en esta sección la diferenciación clínica del paludismo con las enfermedades (o síndromes) de este grupo, a saber: la clorosis, la anemia perniciosa y las distintas variedades de leucemia.

(A) *Clorosis.*—En una muchacha o mujer joven cuyos tegumentos y mucosas visibles hayan gradualmente adquirido una palidez más o menos intensa, con o sin tinte verdoso, que presente además los signos y síntomas clásicos de una anemia más o menos profunda (astenia, hipotensión arterial, disnea de esfuerzo, palpitaciones, soplos funcionales cardiacos y venosos, trastornos dispépticos. . .) y que finalmente acuse un estado febril con oscilaciones irregulares que alcanzan pocas décimas o un grado, la presunción de un paludismo intermitente se insinúa en el ánimo de paciente y médico, arraigándose en el de este último si logra observar alguna periodicidad en los ascensos térmicos, como muy frecuentemente ocurre en la clorosis. Si ese estado febril va acompañado de algunos signos pulmonares, por ligeros y vagos que sean, entonces la sospecha recaerá, las más de las veces, sobre una tísis incipiente.

Las dificultades del diagnóstico diferencial tienen hasta cierto punto explicación cuando consideramos la etiología imprecisa de la clorosis. Mientras que algunos, como Landouzy y Labbé, colocan como primer factor una tuberculosis discreta, latente, de los sujetos jóvenes y preguntan "Se trata de enfermas que poseían ya el germen y que han empezado reaccionando por la anemia clorótica?" (1), otros la hacen depender de

(1) Enriquez, etc. obra citada, t. iii, p. 496.

una gastroptosis o esplacnoptosis—Meinert—(21), de auto-intoxicación intestinal—Clark y Nothnagel—(25) de hiper o hipo-tiroidismo—von Noorden—(25), en tanto que para Grawitz (25) la clorosis no es más que un eslabón en la cadena de las neurosis que prevalecen de manera especial en las mujeres, considerándola como una forma peculiar del síndrome histérico en general. Esto para no mencionaar las ideas antiguas, por ejemplo, la de Virchow (21) que la hacía depender de una hipoplasia congénita del sistema cardio-vascular, la de Trousseau (25) que atribuía su génesis a un funcionalismo sexual alterado, etc.

Una cosa es cierta, sin embargo; todos los autores convienen en que la casi totalidad de las cloróticas mantienen un buen estado de nutrición general, conservando sus formas redondas y un grado satsfactorio de robustez, pareciendo en algunas ocasiones que el panículo adiposo está aumentado; la anemia no es debida, pues, a una caquexia. Que sea o no "esencial", o mejor consecutiva a algún proceso cuya etiología permanece obscura, es forzoso convenir, además, en que esta anemia está caracterizada por cambios hemáticos que difieren de los de otras anemias secundarias. Mientras en éstas, incluyendo, por supuesto, la palúdica, hay una hipoglobulia marcada, en la clorosis el número de hematíes se mantiene solo ligeramente por debajo de la cifra normal (excepto en casos extremos), la hemoglobina, por el contrario, muestra una baja mucho más considerable que en las anemias secundarias, de manera que el valor globular, poco aumentado o normal en éstas, aparece muy disminuído en la clorosis, siendo esta alteración la que le imprime un sello distintivo frente a otras discrasias sanguíneas. Microscópicamente los glóbulos rojos parecen de un tamaño inferior al normal; en las preparaciones coreadas se ven muy débilmente teñidos en razón a su reducido contenido de hemoglobina; no hay deformidades y las formas nucleadas, si ocurren, es en pequeño número y son siempre normoblastos. La anemia palúdica a veces asume el tipo clorótico y como, por otro lado, no hay medio clínico de distinguir la fiebre intermitente de una y otra enfermedad, es claro que en estos casos la diferenciación tiene que descansar de una parte en el hallazgo del hematozoario y de otra en la comprobación de la fórmula leucocitaria con la mononucleosis malárica típica a que tan a menudo hemos aludido.

(B) *Anemia Perniciosa.*—En esta enfermedad la fiebre es un

(21) Osler y McCrae, obra citada, t. iv. p. 648.
(25) "Modern Clinical Medicine" (Die Deutsche Klinik), t. "Diseases of Blood", etc. (1906), p. 334.

evento puede decirse terminal, pues casi nunca se la observa sino en las últimas etapas. Esto es una fortuna para el diagnóstico diferencial, pues que la anemia perniciosa pasa frecuentemente al principio y aún en su período de estado sin manifestación ostensible de la extrema desorganización sanguínea que la caracteriza, y esa falta de signos externos es natural que haga muy difícil su temprana diferenciación en el terreno exclusivo de la clínica. Hay sujetos que sólo acusan ligeros trastornos gastro-intestinales o síntomas muy vagos de debilidad; en muchos no se observa ni siquiera palidez de los tegumentos; en otros la palidez puede ser muy intensa y coexistir con un estado general excelente; el paciente está grueso, come bien, se siente eufórico y atiende a sus ocupaciones habituales; si el médico se conforma solamente con estimar su hemoglobina, se sorprenderá al encontrar una reducción mínima que no le explica la palidez de piel y mucosas; si recurre a un contaje de hematíes, verá la desproporción notable que hay entre la cifra obtenida y la ligera oligocromemia antes constatada, pues el total de aquellos ya al principio aparece disminuído en uno o dos millones, en tanto que la reducción de hemoglobina apenas si es de un 15 o 20% ; apreciará, de consiguiente, un gran aumento en el valor globular y éste será un dato de primer orden para el diagnóstico.

Aún desplegada toda su sintomatología como resultado de su evolución natural, no es nada fácil la diferenciación de la anemia perniciosa con el paludismo; el tipo febril de esas fases finales, que indudablemente es la consecuencia de infecciones secundarias favorecidas por la gran depresión de las resistencias orgánicas, es por lo regular, intermitente, simulando mucho las sepsis atenuadas y las formas maláricas cotidianas con ligera elevación térmica.

Por otra parte, la anemia palúdica, si es muy intensa, puede reproducir casi íntegramente el cuadro de una anemia primaria con su tinte amarillento y acentuada palidez de piel y mucosas visibles, su edema pretibial, sus síntomas de lasitud, vértigos, zumbido de oidos, etc. El infarto esplénico y el hepático son comunes a ambas enfermedades. Aún el examen hematológico no es concluyente en muchas ocasiones, pues a los caracteres de la anemia secundaria (hipoglobulia, oligocromemia, presencia de hematíes deformados y policromatofílicos y de formas nucleadas) pueden sumarse otros que muchos hematólogos consideran como patognomónicos de la anemia perniciosa, a saber, la demostración de un valor globular superior a la unidad y el hallazgo de grandes hematíes con y sin núcleo, es decir, de megaloblastos y megalocitos; conforme anota Cabot (25), lo que caracteriza a la anemia perniciosa no es la sola presencia

(25) obra citada, p. 335-6.

de esos elementos, pues que puede también constatársela en la palúdica y otras anemias secundarias, sino su ocurrencia en gran número en aquella enfermedad.

De otra parte Ehrlich y Lazarus (25) observan que un diagnóstico de anemia perniciosa puede hacerse frecuentemente en ausencia de megaloblastos, siempre que la sangre sea de un tipo marcadamente megalocítico pues que la aparición en la sangre de grandes números de megalocitos no puede ocurrir sin una previa transformación megaloblástica en la médula ósea.

Las llamadas "crísis hemáticas" ayudan eficazmente a una diferenciación, sobre todo cuando no puede descubrirse causa alguna aparente de la anemia. Tuvimos el triste privilegio hace unos dos años de diagnosticar una enferma por haberla observado en una de esas crísis. La pobre señora vino a nosotros con un diagnóstico de uncinariasis, diagnóstico que nos fué fácil rechazar por la ausencia de ovas en las heces; más bien nos incilnamos al principio a una nefritis, apreciación que abonaban no sólo los signos externos de edema palpebral y maleolar, ruido de galope, etc. sino también los datos del uranálisis (oliguria con albuminuria y cilindruria); sometida a un régimen dietético apropiado, desaparecieron todas las señales de nefritis, que indudablemente la hubo y que atribuímos a una intoxicación renal por el timol, administrado dos veces; la enferma, sin embargo, se sentía más y más débil, su piel de día en día era más amarillenta, sus mucosas casi exangües: estimamos su hemo globina en un 40%, en tanto que el total de glóbulos rojos nos dió escasamente millón y medio; el estudio de una lámina teñida nos reveló un número considerable de normoblastos; no recordamos exactamente, pero seguramente no exageramos si decimos que pasaban de 30 en una numeración de 200 leucocitos; consideramos, pues, a nuestra enferma en plena crisis hemática sobrevenida en el curso de una anemia "grave", fuese o nó primaria o criptogenética; la demostración ulterior de muy numerosos megaloblastos y de formas gigantes, nucleadas y no nucleadas, nos hizo inclinar el ánimo en favor de una forma primaria; la hemoglobina llegó a bajar a 20% y los hematíes a menos de un millón, pero merced a una dieta rica en proteínas y a la administración de arsenicales (tal vez por efecto también de una de esas remisiones espontáneas tan comunes en esta enfermedad), nuestra paciente llegó a mejorar notablemente: desaparecieron las malas digestiones y la diarrea, los dolores articulares y óseos, al insomnio que antes la aquejaba sucedían descansos prolongados de un sueño reparador, la adinamia cesó, pudiendo la enferma hacer recorridos

[25] obra citada. p. 335-6.

a pié, de alguna distancia, sin la menor fatiga; en fin, la hemoglobina, con gran sorpresa mía, alcanzó un 85%. Tres meses después, sin embargo, volvió con menos de 50% y con toda la sintomatología nuevamente desplegada; ahora más, pues que diariamente la molestaba una fiebrecita de 8 a 9 décimas; no dejó esta fiebre de introducir un elemento de duda en nuestro ánimo, pues que la enferma atribuía su recaída al excesivo trabajo y a la falta de sueño consiguiente que le proporcionó la asistencia simultánea de dos enfermos de su familia, uno de ellos con una tifoídea prolongada; tentado estuve de creer en una posible infección palúdica que fuese responsable de tal estado de cosas; pronto pude convencerme, sin embargo, que estaba frente a la etapa final del proceso: la hemoglobina bajó en menos de un mes a 12%; el día antes de morir no llegaba a un 8%; la fiebre no era sino la expresión de una infección terminal en la que el paludismo, desgraciadamente, no tuvo participación alguna.

Esos brotes de hematíes nucleados preceden a una mejoría o a una agravación del proceso; a veces son contemporáneos de una infección intercurrente o del período agónico. Se comprenden las dificultades que pueden ocasionar al pronóstico, y aún al diagnóstico, esas diversas interpretaciones. Hay otros signos hemáticos que se prestan igualmente a interpretaciones erróneas; en la determinación del valor globular, por ejemplo, hay que tener presente, como observa Tixier, que "las cifras obtenidas con los aparatos colorimétricos con mucha frecuencia son nada más que aproximadas, a causa del color especial de la sangre en el curso de las anemias graves, que es muy difícil superponer a las escalas colorimétricas hechas con sangre normal" (26). Además, conforme ha demostrado Grawitz (26), los glóbulos enanos (o microcitos), tan comunes en esta enfermedad, se ocultan con frecuencia a la numeración a causa de sus exíguas dimensiones.

Nosotros no podemos prescindir del hecho anotado por varios autores relativo a haberse observado repetidamente que la anemia perniciosa es una secuela del paludismo y a la posibilidad de que haya una relación causal entre ambas enfermedades. Fayrer y Ewart han comprobado esta secuela con frecuencia, especialmente en niños y en mujeres en estado grávido y durante la lactancia (16). Es imposible en estos casos decir si la anemia en sí representa una entidad aparte o simplemente un síndrome, aunque en grado más avanzado, que la anemia secundaria determinada por la toxina malárica. Porque, en último análisis, como afirma Tixier corroborando sus propias observaciones y las de Aubertin y Lereboullet, "no hay ningún signo hematológico característico de la anemia

[26] Gilbert y Weinberg, "Tratado de Hematología" [1913], tr. esp., t.i, p. 156-60.
[16] Nothnagel, obra citada, p. 396.

perniciosa en apariencia esencial", pues que "un inmenso número de anemias sintomáticas graves de tipo pernicioso tienen caracteres idénticos a los que se asignan a la anemia criptogenética", llegando a la conclusión de que "la anemia perniciosa representa mucho más un síndrome anatomo-clínico que una entidad morbosa" (26).

(*Continuará*).

---

(26) Gilbert, obra citada, p. 160.

MONILIASIS PSILOTICA

F. del Valle Atiles

La enfermedad infectiva de marcha crónica, caracterizada por aftas bucales, musitis linguo-gastro-intestinal, diarrea abundante y espumosa, matutina por lo común, y otros síntomas generales, está bastante generalizada entre nosotros, y es ya conocida vulgarmente con el nombre de Esprú. Hasta ahora ésta debilitante dolencia había sido considerada propia de los países tropicales y sub-tropicales, cual lo indican los nombres "Diarrea crónica tropical", "Aftas tropicales", "Esprú tropical", etc., entre los varios con que ha sido conocida. En cuanto a los casos que ocurrían en tierra templada, se estimó siempre que eran originados en los trópicos y padecidos sólo por personas que habían residido en ellos.

Hillary, Manson, Castellani. Chalmers, Stitt, Muzio, Kohlbrügge, Bater, Danté y otros autores que han escrito acerca de la Patología de los trópicos, incluyendo la enfermedad en el número de las peculiares de las zonas tropical y subtropical. Todos han estado de acuerdo en esto. Ultimamente, sin embargo, se ha comprobado el esprú en personas que no han visitado los trópicos, residentes contínuos de los Estados del Sur de Norte Amérca, y en suficiente número de casos para justificar el que se le considere endémico en dichos estados.

La etiología del esprú se ha demostrado hallarse relacionada con la presencia de Monilias, hecho confirmado por Castellani, no obstante diferir de la opinión de Kohlbrügge, el primero que atribuyó a las levaduras la causa primaria de la enfermedad; Castellani en sus interesantes "Milroy Lectures on the Higher Fungi in Relation to Human Pathology", dadas ante el *Real College of Physician of London*, asegura que ha investigado varios casos de esprú, hallando en ellos, casi constantemente, hongos del género Monilia; y a ellos atribuye la causa probable del carácter típico fermentativo de la diarrea, ya que no de la enfermedad.

Corroborada por las últimas investigaciones la asociación de las Monilias con el esprú, creemos justificado llamar a la enfermedad *moniliasis*; y para significar lo que tiene de específica, *psilótica*, ya que la palabra *Psilosis* ha sido usada ántes para expresar la misma idea que *Sprúe*, sin duda para hacer referencia a la denudación de la mucosa; también son justificativos de esta calificación, los trabajos de Ashford que han llevado a la conclusión de que el agente causal de la dolencia es una monilia especial, a la que el notable investigador del esprú y de la uncinariasis en nuestro país, llama *Monilia Psilosis.* La sugestión hecha por Castellani de que el término *Sprue* puede tal vez cubrir condiciones etiológicamente

distintas, aunque semejantes en la clínica justifican la adopción de un nombre más preciso.

De mucho tiempo atrás fué conocida, por los médicos que han ejercido en el país, la enfermedad, sólo que el nombre correspondió siempre al síntoma más corriente: la diarrea; así, se la llamó diarrea tropical, vulgarmente, diarrea de los españoles, por observarse en los europeos con mayor frecuencia. Dutrouleau en su *Traité Des Maladies Des Europeans Dans Le Pays Chauds,* describe bajo el título de Disentería crónica endémica de los trópicos, una dolencia cuya sintomatología corresponde bastante con la del esprú, sólo que él estima las deposiciones serosas, pálidas, espumosas, de olor nauceabundo, como modalidades de las que tienen lugar en la disentería tropical, modificaciones consistentes en la falta de sangre y del tenesmo característico.

Volviendo a la peculiaridad de la afección en lo referente al clima, y sin negar que el medio tropical le sea más favorable, los hechos últimos parecen demostrativos de que su agente determinante puede hallar circunstancias propicias en otros climas, lo cual no es sorprendente, ya que los hongos abundan muchísimo en la Naturaleza, y se hallan en el aire y adheridos a la superficie de las hojas y otros órganos de las plantas.

En un trabajo reciente de Mark F. Boyd, M. D., titulado *¿Is Sprue Endemic in the South?* que publica el *Southern Medical Journal,* se evidencia que esta infección es endémica en los Estados del Sur, pues la padecen sugetos que nunca han abandonado aquél país; el autor cita al Dr. E. J. Wood, de Wilmington, N. C., quién afirma que la ocurrencia del *Sprue en "North Carolina"* no es rara, y entrando luego en el análisis de la etiología de la enfermedad, cita la helmíntica, la bacterial, la protozóica y la hifomicética, que es la aceptada por el Dr. Boyd; éste relata que Kohlbrügge identificó en esta enfermedad la *Monilia Albicans,* presente en las aftas desarrolladas en la mucosa de la boca y de la faringe de los niños de pecho y personas debilitadas; y que Castellani, de entre veinte y siete especies de monilias intestinales aisló seis, en las deposiciones, raspaduras de la lengua y saliva de pacientes de esprú, que Bahr también atribuyó a la *Monilia Albicans* la causa, y por último hace justicia a Ashford diciendo que las extensas investigaciones hechas por éste, en Puerto Rico, han resuelto la cuestión con el descubrimiento del Sacaromiceto *Monilia Psilosis,* hallado después por Anderson en Illinois, en un caso de esprú orignado en Puerto Rico.

Luego de presentar dos casos observados, uno por el Dr. M. L. Graves y otro por el Dr. C. F. Stone, ambos de Galveston, llega a las siguientes conclusiones:

1.—Creemos que la evidencia adelantada por Ashford sosteniendo su

parecer de que el organismo específico, a modo de fermento, (*Monilia Psilosis*), que él ha informado ser la causa del esprú, parece conclusiva.

2.—Las manifestaciones sugestivas del esprú pueden ser observadas en personas que nunca han estado fuera de los Estados Unidos; y de esas personas, la monilia de Ashford puede recobrarse.

3.—El esprú, por razón de la incapacidad que produce, según se observa en los trópicos, es de gran interés para la salud pública. Su importancia en los Estados del Sur está aun por determinar; potencialmente puede ser igual a la de la uncinariasis y la pelagra, así, pues; se debe hacer todo esfuerzo para estimar su incidencia, y dar a conocer sus características a los médicos del Sur.

4.—No tenemos ningún conocimiento acerca de sus medios de trasmisión, pero por la situación en que el organismo productor puede demostrarse, parece que las medidas encaminadas a reducir el contacto y a promover una apropiada disposición de las exeretas, podrían ser de valor para dominarla.

En Puerto Rico hemos tenido la fortuna de que los trabajos del Dr. Ashford nos han despejado el camino para el estudio de la prevención del esprú; así, es de esperarse que podamos llegar a hacerlo desaparecer, tomando ciertas medidas, referentes a la buena calidad del pan que comemos, especialmente en lo que respecta a su perfecta cocción, pues Ashford ha aislado la monilia en panes mal cocidos y fabricados con harinas fermentadas, cuidando, antes de comer alimentos crudos, de limpiarlos, por si hubiesen estado en contacto con suelos contaminados, y emprendiendo una enérgica campaña contra los criaderoos de moscas, que así como otros insectos, acaso sean portadores mecánicos del agente causante del esprú, que hoy aflige a tantas personas de nuestra población.

El procedimiento de fijación del complemento permite hoy descubrir casos atípicos de esprú, que antes hubiesen pasado inadvertidos; y que gracias a esa prueba, pueden empezar a tratarse antes de que el sugeto haya sufrido las terribles consecuencias de la enfermedad en período avanzado, cuando ya casi es incurable.

Otro hecho en relación con el esprú es el de determinar la conexión que pueda tener con la piorrea, enfermedad que tan común es en Puerto Rico, y que Da Costa y otros han notado ser, en no pocos casos concomitante con aquél. La etiología de la piorrea alveolar no se ha precisado aún, por lo cual cabe preguntarse si los casos de esta enfermedad obedecen todos a la misma causa, o si el agente del esprú podría producirla; ésta y otras sépsis de la boca, acaso establezcan condiciones favorables en el organismo para el desarrollo del esprú y esta sería una razón más para prestar mayor atención al cúidado de la dentadura.

Si en la piorrea existe contaminación de la faringe, de las amígdalas, de las parótidas, gastritis, úlcera gástrica, artritis, endoocarditis y tantas otras dolencias graves, las más extrañas, se debe posiblemente a que las bacterias que se hallan en el pús son penetrantes; la monilia del esprú no parece serlo; y como por otra parte la piorrea se halla en países en donde no se padece aquél, parece natural inclinarse a considerar la concomitancia como un hecho incidental; sea como fuere para los efectos de la profilaxis del esprú, además de lo ya establecido, la higiene de la dentadura, debe ser considerada una medida racional.

RITMO Y MELODIA

Como guía y ayuda a los ejercicios físicos en la Prevención y Tratamiento de las Enfermedades con especial mención de la Ataxia Locomotriz (1)

Por el Dr. P. Briganti.

Hay una clase de enfermedades, bien conocidas de la profesión médica en las que no es posible y mucho menos un tratamiento que nos permita esperar una curación, sino se recurre a los ejercicios físicos apropiadamente practicados, además de las medidas higiénicas y de las drogas. Yo no abrigo duda alguna, compañeros, de que las drogas han usurpado demasiado lugar en la terapéutica, lugar que corresponde al aire, luz, electricidad, música, etc., y aún más, creo que los medicamentos no se deberían de usar por gusto, sino como una necesidad, y que no debieran ser considerados en terapéutica como agentes supremos. Se necesita entre tanto educar al público en la idea de que no existe peor hábito que el de tomar medicinas y que en ello va envuelto el propio castigo.

La costumbre de hacer ejercicios es a lo que la naturaaleza nos inclina, y ella nos provee gratis de los medios de practicarlas, a fin de que las cultivemos en estado de salud, para prevenir las enfermedades y posiblemente para su curación. Considero una de las obligaciones de la profesión médica la de abogar por el uso de los ejercicios físicos, convencer al público de la posibilidad de poder prevenir las enfermedades comunes, y prescribirlos en todos los desarreglos que puedan ser mejorados con ellos; y hay que tener en cuenta que son pocos en los que no sean aplicables, por-

[1] Conferencia dada ante la Sesión científica de la Asociación Médica del Distrito Norte en el mes de Julio 1920.

que la enfermedad no es ni más ni menos que la función misma desarreglada.

En todas las enfermedades crónicas, especialmente, existe un aspecto fuertemente mental que es causa o efecto, o ambas cosas; la música con su penetrante influencia puede prestar melodía y rítmo a la mente para usarlos en corregir el desconcierto de las funciones que ella dirige, y haciendo esto mejorarse a sí misma. La Ataxia Locomotriz es una de estas enfermedades en las que los ejercicios y la música debieran emplearse como superiores en su tratamiento. Sea como fuere, no debieran omitirse, porque el uso apropiado de una función es el único medio de conservarla en su mayor normalidad. aún cuando están en progreso los desarreglos de la enferdad, desafiaando frecuentemente a los tratamientos más o menos específicos; y mucho menos deben dejar de emplearse después que la enfermedad ha sido vencida, para rehabilitar la normalidad, corrigiendo los desarreglos resultantes en la mente y en el cuerpo. Es la función la que hace el órgano; por lo tanto si nosotros permitimos que aquella sea desorganizada, éste seguramente degenerará.

Nosotros designamos como pre-atáxicos a los tabéticos que pueden todavía coordinar suficientemente su aparato locomotor; aunque candidatos a la ataxia. En vez de esta denominación yo prefiero la de "Atáxicos Potenciales" que es mucho más comprensiva y menos técnica. Es en el atáxico potencial en el que la prevención debe practicarse del modo más escrupuloso, y es éste el enfermo más apropiado para los ejercicios de ritmo musical, que pueden practicarse sin ayuda de otro, con sólo el fenógrafo, los discos convenientes y la guía escrita para ejecutarlos.

El promotor de los ejercicios con el tratamiento de la ataxia, como es bien sabido, fué Frenkel en Suiza, quién felizmente tomó la idea de las aptitudes del niño, el cual es un atáxico fisiológico: esto es un ser aún no plenamente desarrollado, y por tanto que no está en condiciones de ejecutar los movimientos que son una parte de las funciones del adulto. El método de Frenkel, sin embargo, es de difícil aplicación, porque requiere un establecimiento regular y no es generalmente comprendido. Maloney en América ha modificado en cierto modo y en algunos respectos el método, perfeccionándolo: pero en la práctica diaria es todavía dificultoso el aplicarlo y muy costoso, porque se necesita un instructor hábil, que raramente se halla; además el método Maloney es menos conocido generalmente que el de Frenkel.

Estoy convencido de que ningún método de tratamiento general llega a ser popular sino cuando se puede practicar por el médico mismo sin necesidad de recurrir a un especialista y a costosos aparatos.

Para remediar estos inconvenientes he estudiado y practicado los dos

métodos simplificándolos, y he desarrollado uno que he modelado con la Música como cooperante. De todas las artes, sino de todas las ciencias, la música es la más universal, la más sentida y la que, poco o mucho, es mejor comprendida por las personas normales, los enfermos y sus asistentes. De esta manera se establece un verdadero enlace de cooperación entre ellos, y la cuestión del costo se simplifica mucho por la razón de que hoy, en casi todas las familias, podemos hallar un fonógrafo, y los discos que requieren los ejercicios son pocos y relativamente baratos, teniendo en consideración la importante tarea de reabilitación y el gran beneficio que se espera obtener con ellos; además, casi no hay familia en cualquier país en la cual no se pueda hallar una ayuda competente para la práctica diaria de los ejercicios, en el caso de que el médico no pueda atender personalmente a ellos; porque en todas partes el ritmo es entendido y la melodía tiene sus devotos; más adelante trataré detalladamente de los ejercicios con la música correspondiente, por ahora deseo sólo dar una idea general de su manera de actuar.

La tabes dorsal, de la que la ataxia es la fase última, incluye, más o menos, todos los desórdenes conque la madre naturaleza ha afligido a la humanidad, tales como constipación, incontinencia de orina, espasmos, retardo respiratorio, irregularidad en la actividad cardiaca, etc., aparte de los trastornos en la locomoción. Por lo tanto encontramos la patología humana condensada, incluyendo la patología mental, pues no hay tabético que no esté mentalmente afectado de igual modo que lo está su espina dorsal; en realidad el cuerpo, la mente y todo el organismo están impresionados. El estudio de la rehabilitación del tabético me ha conducido a la solución del gran problema, esto es, el de la aplicación de la música en la práctica de los ejercicios de respiración honda, relajamiento y movimientos coordinados; cosas éstas que tienen aplicación en otras enfermedades, con muy pocas variantes, y también en la de los ejercicios físicos puros, simples, como los calesténicos. Por otra parte el estudio del problema relacionado con las consecuencias de la parálisis infantil, me ha ayudado en la práctica del masaje, de igual modo que en la rehabilitación funcional.

En la ataxia locomotriz y en otros desarreglos de la edad adulta, la falta de uso de la función, o su uso irracional y sin ritmo, es muchas veces más de temerse que el desgaste ocasionado por las enfermedades mismas en los órganos afectados. Por consiguiente la constante y metódica cultura de las funciones amenazadas, representa un aseguro de primer orden, en el cual los premios pagados dan mayores utilidades que cualquier otra clase de aseguro, porque hacen posible el uso de órganos que, sin eso, que-

darían inutiizados o funcionarían de un modo insuficiente durante el resto de la vida.

Que la mente del tabético, así como la de muchísimos otros enfermos crónicos se afectan tanto como el cuerpo mismo, es fácil de comprender. Los desórdenes, aunque afectando primariamente la médula espinal del tabético u otros órganos centrales importantes del paciente se reflejan, ya directa, ya indirectamente, en la periferia del cuerpo casi al mismo tiempo que en la mente, en donde las sensaciones toman una forma definida.

La conducción al cerebro se entorpece, y algunas veces es interrumpida en totalidad; por lo tanto la función de coordinar las acciones se deteriora o es abolida, y la contra-acción (movimientos) que tiene lugar en repuesta de los impulsos, refleja el desarreglo o la pérdida de la función. Creo que no está fuera de lugar exponer los detalles del proceso de las sensaciones conscientes, esto es, como se forman, y la parte que la mente toma en ellas.

Normalmente nosotros tenemos noticia, o mejor conocimiento del mundo exterior por medio de las percepciones sensoriales que tienen lugar en la periferie de nuestro cuerpo. Las percepciones estimulan los impulsos sensoriales, las que, por los nervios eferentes son llevadas al sistema nervioso central, en donde la mente las percibe y las transforman en imágenes de los objetos. Las imágenes, con la repetición más o menos frecuente, dejan impresiones permanentes, las cuales producen las ideas. Estas, asociadas con otras, dan origen al pensamiento. La memoria almacena las ideas; la voluntad actúa sobre ellas y las cambia en acciones. Todas éstas operaciones son funciones de la mente. Tan pronto como la mente ha decidido un acto, por medio de los nervios eferentes envía el mensaje de retorno a la periferia; esto es, da orden a los músculos de contraerse; esta acción sobre las palancas del cuerpo, da lugar a los movimientos que son su resultante. Los nervios aferentes en su camino hacia el cerebro, establecen un sistema de paradas en la médula espinal; los nervios aferentes tienen en ella como a manera de estaciones de parada. Todo esto ayuda e influye a la coordinación y al gobierno de los movimientos. Cuando la espina dorsal no está en condiciones saludables, éste gobierno se debilita, y la coordinación se dificulta al iniciarse, se hace luego insuficiente,, y al fin se pierde. La mente, que normalmente dirige todo el cuerpo, pierde poco a poco su influencia reguladora sobre él, culminando en el copleto desarreglo de ambos. De este modo la mente misma se enferma, deja de ser dueña del cuerpo y todo el organismo se arruina.

Ahora bien no existe en la naturaleza un agente, capaz de influenciar la mente, más poderoso que la música. ¿Por qué pues no usarla adap-

tándolas a las indicaciones de la enfermedad? Que esto puede hacerse, lo considero evidente; como debe hacerse fué el problema que me propuse a mí mismo. Mis experimentos empezaron, al principio, con el uso del piano y el violín por ser los instrumentos que me eran más accesibles. Pero me ví obligado a abandonarlos a causa de la dificultad de encontrar un buen operador cuando lo necesitaba. Sin embargo la experiencia alcanzada no fué perdida por completo, pues me convencí de que el problema no podría ser resuelto a menos que se empleara un instrumento automático. El más apropiado y más desarrollado tanto industrial como artísticamente es el fonógrafo. Decidida esta cuestión, vino la de elegir los discos mejor adaptados al intento. Yo estudié sistemáticamente las diferentes composiciones que se hallan en el mercado, hasta que definitivamente decidí que las más convenientes eran las rítmicas. De estas hay una gran variedad, no todas las cuales pueden usarse, ya porque el ritmo no es aplicable a las funciones del organismo, ya porque el compás es variable, o la instrumentación y claves no son agradabes al oido.

Aparte de las piezas de simple recreo y entretenimiento que pueden tener en algunos casos un uso definido, los discos qu he encontrado mejor adaptados a la práctica médica, casi sin modificación, fueron los rítmicos como: Uno, Dos, Tres pasos, Gavotas, Polcas, Mazurka y Valses. De los instrumentos, los más apropiados, encontré ser aquellos de concierto, violín y violoncelo con orquesta y banda como buenas segundos, y mandolina xilófono, campanillas y armonio en el orden mencionado.

De las piezas vocales, existéntes ahora, ninguna puede usarse, aunque yo creo que puedan adaptarse.

Hay una razón fisiológica para que en la selección de los discos demos la preferencia a los rítmicos. Todas las funciones de nuestro cuerpo, coordinadas como están más o menos íntimamente entre sí, son todas rítmica, aún cuando el ritmo puede ser modificado voluntariamente y alterado por la enfermedad. Y es precisamente por esto que su aplicación médica es posible. Entre todas, la acción de caminar, a causa de ejecutarse automáticamente, podría creerse que carece de ritmo, pero el andar normal está dotado de ritmo tanto como todas las demás funciones, y es sólo el ritmo lo que hace que los movimientos aparezcan más o menos elegantes. Esto se ha demostrado hasta la evidencia por el baile, regulado como está enteramente por el ritmo. Bilroth, un eminente músico al propio tiempo que un cirujano y anatomista, estudió el ritmo en la marcha del caballo y lo expresó como sigue: "La andadura es andante, Campas 3|4; el trote Allegro, Compás 2|4; el galope, Allegro con brío, Compás 3|8. El mismo autor comprobó el ritmo en el andar de los pollos, del gallo y de otras aves domésticas, lo mismo que del cucullo,

la codorniz, etc. Por lo tanto no es sólo respiración y circulación lo que debe enseñarse rítmicamente aunque solo en ellas es evidente el ritmo para todo el mundo. Las funciones de nuestro cuerpo, tanto las voluntarias como las involuntarias, pueden considerarse como rítmicas y todas las que se reflejan de un modo más o menos intenso en el resto del cuerpo, especialmente el corazón, los pulmones, la piel, el cerebro y todo.

Por consiguiente el ritmo musical tiene una razón de ser, sino como una parte íntegra, del micro-cosmo, al menos como un agente terapéutico electivo, y así es interpretado en éste trabajo en su aplicación práctica. Es claro que influyendo el cuerpo rítmicamente en su periferie, nosotros podemos influir rítmicamente sus centros. La mente que es influída por medio de ejercicios, reaccionará a su vez en la periferie del mismo modo. Por este medio se corregirían automáticamente los desórdenes periféricos, si estos no están todavía bien fijados, pero aún en este caso, al menos influiría favorablemente en los movimientos, entre otras funciones. También ayudará todo el cuerpo en sus esfuerzos de coordinación voluntaria, y digo voluntaria de propósito, porque la voluntad es y debe ser preexistente en una mente capaz de ser influída, sin cuya condición, con música o sin ella, con medicinas o sin ellas, el paciente no podría salvarse, pues él debe tomar la mayor parte en el esfuerzo para su propia salvación.

Uno de los más tempranos síntomas de la Tabes, cuando está siguiendo un mal curso, es una intensa sensación de frío que no está en proporción con la temperatura exterior. Lo mismo, aunque en menor grado, tiene lugar en otras enfermedades crónicas, sea que los centros de distribución del calor estén o nó interesados, la sensación tiene otra más general significación. El calor no es producido en proporción a las necesidades del animal; y su cantidad es deficiente a causa de la falta de absorción de oxígeno, siendo el acto de la inspiración superficial y por consiguiente la entrada de aire insuficiente. A esto debe añadirse un mayor estancamiento del resíduo de aire en los pulmones, mayor del normalmente requerido, siendo el acto de la expiración también insuficiente. A causa de esto la cantidad relativa de dióxido de carbón está aumentada, a pesar del hecho de que se produce una menor cantidad. Y siendo éste constaantemente reasorbido en la sangre, envenena los corpúsculos rojos, ya desnutridos, y además los incapacita para fijar la pequeña cantidad de oxígeno que les llega. Por lo tanto, el calor producido es cada vez menos intensa, y el frío se siente más, hasta que la sensación de frío es intensificada por el hábito mental, y el uno sostiene a otro. Es un círculo vicioso, como dirían los diabéticos, y por cierto muy malo. Al mismo tiempo la condición desarreglada del calor en la periferie aumenta, y con ella el sufrimiento del paciente.

La desnutrición y desorden de todas las funciones, una por una, le sigue. Esta condición aunque más manifiesta en los tabéticos, nunca falta en mayor o menor grado en pacientes de otras enfermedades crónicas, especialmente las nerviosas, pulmonares y cardiacas.

De este estado de cosas surge una indicación terapéutica doble; la primera es aumentar y posiblemente normalizar la producción del calor; la segunda es corregir la distribución periférica defectuosa. La prescripción física que responde a ellas es: primero: respiración rítmica, profunda, practicada con método y perseverancia; segunda: baño de esponja, con agua templada y enfriada rápidamente, región por región, con el fin de obtener los beneficios de un agente tónico-psíquico real, además de la limpieza. Este baño actúa además, como un agente respiratorio subsidiario; agente que no es de despreciarse.

Todos los pacientes crónicos están poco o mucho descorazonados, cansados física y mentalmente, y con facilidad se irritan. Esta coondición es también más marcada en los tabéticos. La torpeza en sus percepciones sensoriales, junto con la disminuída conducción espinal, produce dudas y temores los cuales aumentan con más o menos rapidez según el progreso de la enfermedad y el fracaso del tratamiento. Esto a su vez provoca ansiedad y desarreglo mental que exigen ser calmados.

La primera indicación terapéutica para esto es descanso y relajación; la segunda es la rehabilitación mental, la cual debe ir *pari pasu* con la física.

Una condición *sine qua non* para alcanzar éxito con la segunda indicación, es que la mente no esté irremediablemente perdida. Ella debe ser apta para retener una nueva serie de imágenes, correctamente producidas, de los movimientos que intentamos rehabilitar. Para alcanzar éste resultado con los ejercicios, trastocamos la sucesión natural de los momentos funcionales que culminan en los movimientos: y para concentrar la mente del enfermo en su trabajo de rehabilitación, le pedimos que cierre los ojos o se los vendamos, teniendo cuidado al mismo tiempo de remover toda causa de distracción, con el intento de facilitar y simplificar sus percepciones: los movimientos son practicados fraccionaria y pasivamente al principio; luego los hacemos pasivos-activos, y por último activos después de haber puesto su cuerpo en relajación completa. Finalmente pasamos a los movimientos coordinados que esperamos entonces sean ejecutados ayudando primero, luego sin ayuda, como explicaremos completamente durante la demostración.

Por éste medio mientras que influímos suavemente la periferie del cuerpo, intensificamos la sensación de los centros nerviosos. La repetición metódica de los ejercicios, y la influencia prepotente del ritmo ayuda

a hacer los imágenes durables, y facilita su recuerdo cuando son necesarios. La relajación física en que se ha colocado antes al enfermo, ayuda a fijar su atención en la región que se ejercita, mientras que su concentración mental hace posible localizar los movimientos automáticamente. En otras palabras, personas dotadas sólo de una inteligencia común, verán y seguirán sus movimientos durante los ejercicios como si fueran reproducidos en una pantalla por medio de los rayos X. Laa influencia alentadora de la melodía hace del trabajo de rehabiiitación una diversión, y la experiencia adquirida día por día por el enefermo lo alienta y lo hace entusiasta, ayudando así a la pronta reconstitución de los actos de automatismo cerebral, destruídos por la enfermedad. En muchos casos es necesario practicar masajes y emplear otros medios terapéuticos en adición a los ejercicios físicos.

El órden de sucesión que doy de ordinario a los ejercicios físicoos en la práctica es como sigue: Respiración profunda, Relajación Física, Ejercicios funcionales con o sin masaje, Baño de Esponja, Reposo. Todo acompañado del rítmo musical.

ASAMBLEA ANUAL DE 1920

Ponce, Diciembre 11 y 12

Por el número de médicos que van a tomar parte en la Asamblea, la sesión académica promete ser muy nutrida en trabajos científicos. Ya han designado sus temas los Doctores Villaronga, Ashford, Salazar, Fernós, Vélez López, Toro, Gutiérrez Igaravídez, Belaval y otros más han ofrecida su concurso que oportunamente darán a conocer sus temas.

La Cámara de Delegados discutirá todos aquellos asuntos que se relacionen con los intereses de la profesión y de la ética médica.

Todo médico que desee presentar asuntos de esta naturaleza se servirá comunicárselos al Secretario de la Asociación.

BIBLIOGRAFIA

Human Parasitology

La obra de Rivas sobre Parasitología Humana es altamente recomendable. La parte primera del libro trata extensamente la historia y los estudios generales de la parasitología y de los parásitos. La parte segunda trata de las consideraciones generales de los parásitos protozoarios. Los Endamibas los describe en sus diferentes clases: tales, como los intestinales, los de la boca, los del aparato urinario, los piogénicos, y endamibas de las visceras y de las cavidades serosas. El capítulo sexto de la obra es muy interesante, tratando en él, todas las variedades de los parásitos de la familia de los *flagellata*. El capítulo octavo es muy importante para el práctico, donde describe el parásito de la malaria en todas sus faces; el diagnóstico de la enfermedad, su profilaxis y tratamiento. La parte tercera comprende quince capítulos donde de una manera en que no omite detalle alguno, describe los parásitos metozoarios. La parte cuarta comprende el estudio de los parásitos vegetales.

Viene la obra reforzada de un apéndice que comprende tres capítulos sobre estudios macroscópico y microscópico. Bacteriología, micología y protozoología y finalmente hace una descripción general de la hematología y de la serología.

El texto se compone de 715 páginas con 422 ilustraciones y 18 placas, la mayor parte de éstas en colores.

Como obra de esta clase es la primera que se publica, y su autor merece la felicitación de la clase médica.

SUMARIO



Páginas.

Principios Fundamentales de Nuestra Casa

4. LA INTEGRIDAD

CINCUENTA y cuatro años en los negocios es un tiempo considerable, pues las estadísticas demuestran que la duración media de las instituciones comerciales es de diez a veinte años. Cuando una casa subsiste por más de medio siglo y aumenta en poder e influencia durante todo ese período es inevitable la conclusión de que está fundada sobre la roca sólida de la integridad.

Una empresa comercial puede durar cierto tiempo sobre otros fundamentos, pero ninguna gran organización que no se base en la honradez es mucho más que flores de cantueso y está condenada a fin cierto e inglorioso.

Los médicos de larga experiencia saben que Parke, Davis & Cía. no sólo han desarrollado un gran personal científico para descubrir nuevas drogas y mejorar las antiguas, sino que también emplean constantemente dicho personal en la producción de agentes terapéuticos que se ajustan a los ideales de integridad más elevados.

Durante nuestros cincuenta y cuatro años de existencia hemos tenido tres administraciones—tres presidentes y tres gerentes generales. Los mismos principios nos han guiado en todas; las mismas tradiciones han sido uniformemente observadas. Hoy, como en los años anteriores, puede en verdad decirse que cualquier plan para reducir el costo a expensas de la calidad, cualquiera combinación para asegurar negocios por métodos no honorables, cualquiera medida o combinación que no sea lo que debe ser encuentra inmediata y final desaprobación.

No queremos beneficio, por grande, por provechoso que sea, que no pueda ganarse honradamente y que después de logrado no nos permita andar con la frente levantada en presencia de nuestros semejantes.

Siempre nos complace que los médicos vengan a inspeccionar nuestros laboratorios y los invitamos a que lo hagan de la manera más acuciosa, pues los que han venido se van invariablemente con la convicción de que nuestros productos se hacen honradamente—de que son absolutamente fieles al rótulo—que lo que afirmamos de ellos es menos de lo que podríamos decir—de que toda suerte de precauciones y comprobaciones, toda clase de ensayos e investigaciones son empleados para hacer que dichos productos sean dignos de la confianza de la profesión médica.

PARKE, DAVIS & COMPAÑÍA

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE

PUERTO RICO

PUBLICADO TRIMESTRALMENTE BAJO LA DIRECCION DE LA JUNTA DIRECTIVA

AÑO XIV DICIEMBRE 1920 NUMERO 128

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS PIREXIAS TROPICALES MÁS COMUNMENTE OBSERVADAS EN PUERTO RICO. *

Dr. Arturo Torregrosa

III.

PALUDISMO Y HEMO-LINFO-PATIAS.—(Continuación).

(C) *Leucemias y pseudo-leucemias.*—Probablemente en ningún campo de la Patología ha hecho tantos progresos la nomenclatura, de poco tiempo acá, como en este de las enfermedades que tienen su origen en los órganos hematopoyéticos. A las antiguas denominaciones de linfadenia, enfermedad de Hodgkin, pseudo-leucemia, etc. han venido a sustituir otras más precisas: al ganarse en nomenclatura se ha ganado no menos en nosología y en una mejor concepción patogénica, aunque la etiología sigue tan obscura como antes.

Puede decirse que todos los procesos en que de una manera u otra toman participación los glóbulos blancos de la sangre y los tejidos y órganos de donde proceden, se reducen a dos grandes grupos según que el punto de origen de la enfermedad sea la médula ósea o el tejido linfoídeo en general, a saber los "mieloblastomas" y los "linfoblastomas" (1), incluyéndose entre los primeros la leucemia mieloídea o mielemia y la neoplasia conocida con el nombre de cloroma, dejando en un sub-grupo aparte la denominada mieloma que otros (2), sin embargo, no excluyen del primer grupo; los linfoblastomas comprenden las dos variedades de leucemia linfática o linfemia, aguda o crónica, y las distintas afecciones ganglionares descritas hasta poco bajo las denominaciones de linfo-sar-

* Tema desarrollado en la Academia de Medicina de Puerto Rico. en las sesiones regulares del curso de 1919-20.

(1) Mallory, "Principles of Pathologic Histology", (1914), p. 326.

(2) Adami, "Principles of Pathology" (1910), p. 734.

coma (o leuco-sarcoma), sarcoma de células redondas pequeñas, mal de Hodgkin, mal de Banti, linfadenias, *status lymphaticus* y las varias pseudo-leucemias o leucemias atípicas, hoy agrupadas todas esas afecciones bajo la designación colectiva de "linfomas" que pueden existir con o sin leucemia. No representan todos esos procesos para la generalidad de los patólogos contemporáneos sino fases evolutivas de dos neoplasias primitivas que del mismo modo que dan lugar a cambios progresivos de naturaleza hiperplástica en el bazo, en los ganglios linfáticos, en la médula ósea y en otras fuentes de origen, pueden producir localizaciones o colonias celulares a distancia, es decir, en órganos remotos, como el hígado (consideradas por algunos (3) como verdaderas metaplasias), o en la misma sangre, resultando entonces la llamada leucemia que no es sino "una metástasis circulante contínua" (4). Así lo que antiguamente se designaba con el nombre de enfermedad de Hodgkin o pseudo-leucemia, por ejemplo, podía recibir el título de leucemia una semana después al ser invadida la sangre por células iguales en tipo a las del tumor original (4).

Para nosotros esta cuestión debe revestir no un interés puramente académico sino también práctico y de aplicación inmediata, pues no tenemos sino recordar que muchas de estas afecciones, o todas en una u otra de sus etapas evolutivas, se acompañan de brotes febriles, a veces con hipertermia, brotes que suelen confundirse con los del paludismo intermitente, pues es este tipo el que más comúnmente se observa. El interés crece si tenemos en cuenta varios factores que, lejos de ayudar, dificultan una correcta diferenciación clínica. Así hay que contar con la participación activa que de ordinario toma el bazo, ocurriendo esplenomegalias de tan alto grado como la malárica; la anemia de tipo secundario con su oligocromemia e hipoglobulia, idéntica a la del paludismo; el hecho de que muchos de estos procesos pueden evolucionar sin infartos ganglionares superficiales, no bastando además la simple enumeración leucocitaria en muchos casos, pues que puede ser normal o aún baja, sobre todo al principio de la enfermedad cuando sólo puede descubrirse por un aumento relativo en el percentaje de linfocitos o por la presencia de leucocitos anormales (del tipo mielocítico) ; en los casos en que ocurren esos infartos, si son pequeños y poco diseminados, conviene tener presente que "en una gran mayoría de personas adultas, en estado de cabal salud, pueden palparse glándulas ya en el cuello, ya en el hueco axilar o en las ingles y otras regiones" (4) ; si son de mayor tamaño y ocurren

(3) Mc Callum, "Textbook of Pathology" (1919), p. 765.
(4) Cabot, "Differential Diagnosis" (1918), t. ii, p 47, 374, 394.

simultáneamente en varias partes del cuerpo, tenemos que recordar sobre todo la cita que hace Mannaberg (5) de haber observado Segard en Madagascar varios casos de linfadenia malárica caraterizada por fiebre y tumefacción de todos los ganglios superficiales, algunos de los cuales aún llegaron a supurar; la administración de quinina resultó en una pronta desaparición de dichos infartos.

Lo anterior ha de bastarnos para hacernos ver las dificultades de una segura diferenciación clínica, especialmente en las fases más tempranas de esos procesos. No podemos extendernos más, ni tampoco sería de utilidad inmediata, en considerar detalladamente su variadísima sintomatología; sólo queremos repetir con Cabot (4), en primer lugar, que debe abandonarse toda tentativa de querer distinguir los diferentes tipos clínicos que entran en cada grupo, pues que a nada práctico conduce; no podemos saber por qué en unos hay multiplicación celular en la sangre circulante y en otros no; tampoco sabemos la causa de que en algunos la enfermedad, con o sin invasión sanguínea, se limite a un grupo ganglionar, superficial o profundo, y permanezca estacionaria años enteros sin detrimento apreciable para el organismo, mientras que en otros estalla y se difunde de manera aterradoramente rápida, como una neoplasia maligna de marcha agudísima, habiendo entre esos dos extremos muchos grados de transición.

Por lo que respecta a la ayuda que los datos de laboratorio puedan prestarnos en la diferenciación de estos procesos, frente a un paludismo probable, recordaremos que en todos ellos el examen hematológico revelará los signos de una anemia secundaria, como en aquél, pero ese es un evento tardío que vendría a corroborarse cuando la enfermedad ya se habría reconocido por sus otros signos hematológicos, más distintivos, o por sus manifestaciones externas, según el caso. En las leucemias desde luego que la linfo-o mielo-citosis es la regla y el aumento total de glóbulos blancos da el diagnóstico, pero debe no olvidarse que al principio de la enfermedad el aumento es pequeño, 12, 15 o 20.000, y en esas circunstancias no ha de tener tanto valor clínico como cuando llega a cifras altas—100, 200 y hasta 500,000; el contaje diferencial es de más provecho, ya evidenciando una linfocitosis de 80, 90 o 95%, que sería distintiva, ya la presencia de numerosos mielocitos neutrófilos y eosinófilos, que igualmente daría la clave; pero es preciso recordar la frecuencia de infecciones sépticas terminales en estos procesos y la polinucleosis consiguiente que no hace sino obscurecer el cuadro hematológico típico de una leucemia o inducir a error en cuanto a la interpretación etiológica de los infartos

[5] Nothnagel, "System of Medicine", t. *Malaria* p. 396.

ganglionares en las pseudo-leucemias. El diagnóstico hematológico es, pues, sumamente fácil cuando hay una reacción leucémica neta, difícil cuando ésta aún no se ha manifestado enteramente o cuando la enmascara una sépsis intercurrente, y generalmente imposible en las formas aleucémicas; no puede invocarse el auxilio que prestaría la mononucleosis malárica, pues que en muchas de éstas puede ocurrir de una manera igualmente discreta y relativa; la diferenciación tendrá que basarse entonces exclusivamente en el resultado negativo de hemanálisis repetidos por lo que concierne al hematozoario. En los casos en que hay infartos ganglionares superficiales, la excisión de uno de ellos y su ulterior examen histológico resolverán el diagnóstico. Recuérdese además la presencia casi constante en la orina de la albumosa de Bence-Jones, en las formas de reacción mieloídea, cuya evidencia sería decisiva en casos dudosos.

PALUDISMO Y ENDOCRINOPATIAS—Ciertas enfermedades de las glándulas llamadas de secreción interna se acompañan con mucha frecuencia, en una u otra etapa de su evolución, de un estado febril irregular que muy a menudo, sin embargo, afecta el tipo cíclico oscilatorio y es entonces muy susceptible de confundirse con las intermitentes palúdicas.

Estas enfermedades no son entre nosotros tan raras como parecería desprenderse de los records de nuestros hospitales y de los certificados de defunción que son la base de nuestras estadísticas de morbilidad y mortalidad. Lo que pasa es que en razón a su sintomatología poco distintiva al principio, no se las reconoce tan frecuentemente como ocurren, y como, además, los sujetos que de ellas padecen son tan vulnerables a peumonias y otras infecciones terminales, su causa de muerte se imputa a éstas sin hacer aprecio de la enfermedad original que fué causa directa de la reducción de la vitalidad y de los medios de lucha y defensa del organismo, que hicieron posible una u otra de aquellas invasiones terminales.

Los métodos modernos de exploración fisiológica, no obstante, permiten descubrir de día en día mayor número de casos que antes pasaban confundidos con otras dolencias y que ahora son más oportunamente diagnosticados de un modo correcto. Es hora de que aquí nos habituemos al empleo de esos recursos y a una justa interpretación de los datos que nos aporten, ya que esta rama de la Patología interna es un campo fecundo no ya de provechosas enseñanzas, sino también de halagüeños resultados terapéuticos. No está demás, pues, que dediquemos algunas líneas a considerar los puntos diferenciales entre las fiebres que acompañan a algunas de esas endocrinopatías y las maláricas del tipo clínico que venimos considerando.

(A) *Mal de Addison.*—Aunque la hipotermia es la regla en la generalidad de las afecciones de las cápsulas suprarrenales, hay casos en que una fiebre intermitente prolongada acompaña en alguna fase de su evolución a la genuina enfermedad bronceada de Addison; además, como la pigmentación que caracteriza a esta última puede también encontrarse, igual o simulada, en la caquexia palúdica, las equivocaciones diagnósticas no son tan raras como a primera vista pudiera creerse.

Tuvimos la pena de seguir por espacio de año y medio el curso natural de esta triste enfermedad en un caso que casi desde el principio sufrió de brotes febriles cuya duración era de algunas semanas, con intermitencias de periodicidad tan marcada como en las formas cotidianas del paludismo; sólo nos evitó caer en este escollo diagnóstico la práctica de repetidos exámenes de sangre, pues que aún no habían hecho su presencia los signos cardinales de la enfermedad; únicamente los desarreglos gastrointestinales aparecían bien delineados; la enferma sufría crísis de intensa gastralgia y de diarrea, más luego acompañadas de vómitos glerosos, principalmente en ayunas; el apetito era por demás variable y caprichoso: normal y aún algo exagerado durante unos pocos días para caer prontamente en una anorexia que iba gradualmente acentuándose hasta convertirse en verdadera y profunda aversión a toda clase de alimentos; fué la astenia, sin embargo, el síntoma merced al cual pudimos orientar bien nuestras sospechas que, por desgracia, tuvieron amplia confirmación luego al aparecer los signos y síntomas patognomónicos de hipotensión extrema, dolores lumbares, debilidad cardíaca, insomnio, cefalalgia, vértigos, depresión psíquica unas veces, irritabilidad otras.... y más que nada la melanodermia típica; a medida que la enfermedad se definía mejor, la fiebre iba haciéndose cada vez más persistente, la duración de los brotes, antes medida por semanas, lo era luego por meses, hasta que finalmente se hizo estacionaria, manteniendo siempre el tipo febril intermitente con exacerbación en las primeras horas de la noche y con hipotermia matinal.

Se comprende lo vacilante que puede ser el diagnóstico en casos de esta enfermedad señalados clínicamente de manera casi exclusiva por la fiebre y la pigmentación; recuérdese, sin embargo, la distribución especial de esta última en los addisonianos, que presentan parcelas de mayor o menor extensión limitadas a aquellas regiones que son normalmente hipercrómicas y a las mucosas bucal y genital, en tanto que la melanodermia malárica aparece más difusa y uniforme en la piel, atacando a veces la mucosa bucal, pero respetando invariablemente la genital.

Hay casos de paludismo en que sobreviene un síndrome de insuficiencia suprarrenal que puede dar lugar a las más deplorables confusiones; su

marcha es aguda o lenta: en el primer caso el síndrome reviste la forma de accesos coleriformes y por su gran semejanza clínica con ciertas perniciosas, lo analizaremos al ocuparnos de éstas; cuando se desarrolla de una manera lenta, puede reproducirse exactamente el cuadro del mal de Addison de etiología más comunmente tuberculosa: hipotermia después de los paroxismos, dolores en la región lumbar, hipotensión arterial, astenia como síntoma predominante, apareciendo finalmente la pigmentación en las zonas cutáneas más expuestas, y el fenómeno de la línea blanca; además de este síndrome netamente glandular, Armand-Delille (6) describe otro de caquexia aguda en ciertas formas observadas en Macedonia: su evolución es asunto de pocas semanas, va generalmente acompañado de accesos febriles intermitentes y es notable no sólo por la rapidez con que aparecen los signos y síntomas de insuficiencia suprarenal, sobre todo diarrea, hipotensión, calambres y astenia, sino por el pronto efecto curativo de la quinina asociada a la adrenalina.

En todas estas eventualidades clínicas el único modo de excluir una posible infección palúdica es por el resultado negativo del examen hematológico, reiterado varias veces y no es preciso decir que practicado invariablemente sin que el enfermo haya sido préviamente quinizado. No hay en la enfermedad de Addison una imagen sanguínea característica que pudiéramos tomar como guía para una posible diferenciación; al igual que en el paludismo, ocurre una anemia secundaria con disminución proporcional del valor globular; sin embargo, algunos observadores han señalado la hiperglobulia, que ha llegado a alcanzar cifras de 8 millones, manteniéndose en algunos casos hasta muy tarde; el valor globular puede ser muy alto, habiendo reportado Colat (7) un caso en que llegó a 3.9; en cuatro enfermos observados por Dock la hemoglobina variaba de 65 a 100%, y conforme él apunta, es indudable que las cifras normales y excesivas de hematíes y hemoglobina se deban simplemente a concentración por pérdida de fluído (8). De parte de los leucocitos hay generalmente una linfocitosis que cede el paso, al final, a una polinucleosis moderada; esta fórmula contrasta, como hicimos constar al ocuparnos de la tuberculosis pulmonar, con la mononucleosis típica de los estados maláricos.

(B) *Mal de Basedow.*—En los sujetos afectados de bocio exolftálmico hay necesidad de distinguir cuidadosamente un genuino estado febril de la sensación subjetiva de calor que, como sabemos, es propia de la enfermedad y se acompaña invariablemente de taquicardia. La fiebre

(6) Delille, "Le Paludisme Macédonien", (1917), p. 38-40.
(7) Simon, "Clinical Diagnosis' (1914), 8ª ed., p. 544.
(8) Osler & McCrae, "Modern Medicine" (1914), 2ª ed., t. iv, p. 794.

puede afectar el tipo contínuo o el intermitente; éste último es el que da lugar a equivocaciones con el paludismo en ausencia de los signos y síntomas cardinales de la dolencia; así Dock (8) se refiere a un caso en que ocurrió esta equivocación. Fuera de la elevación de temperatura hay que tener en cuenta además la tendencia a sudores profusos en los basedowianos y este fenómeno contribuye no poco a posible confusión con la malaria, sobre todo si se recuerda que esas sudoraciones ocurren frecuentemente en forma de crísis intermitentes.

Claro que sería presuntuoso referirnos a los casos típicos en que está patente la tetrada patognomónica de hipertrofia del tiroides, exoftalmía, taquicardia y temblores, pero sí queremos hacer mención de los casos leves o incipientes en que aquella sintomatología es incompleta o poco definida. Esas formas, que pueden llamarse frustradas, son las que generalmente desorientan al clínico; debe éste, por otra parte, no olvidar que hay otras de evolución sumamente rápida en que a causa de una emoción u otra causa cualquiera de conmoción psíquica, el cuadro clínico se desarrolla en pocos días y hasta en el transcurso de la noche a la mañana.

En los casos dudosos, a falta de los síntomas cardinales, hay que buscar los signos de hipertiroidismo que de cualquier modo orientan de manera segura el diagnóstico. Así, por ejemplo, el eretismo cardíaco con palpitaciones tumultuosas que obedecen a contracciones ya regulares o arrítmicas, los signos oculares de ensanchamiento de la apertura palpebral que impide el cierre completo ni aún durante el sueño, de oftalmoplegias, de nistagmo, etc., los fenómenos de contracciones musculares localizadas, como el calambre, pero, al revés de éste, indoloras; los trastornos psíquicos (insomnio, insociabilidad, irritabilidad, alucinaciones. . . .), las placas de pigmentaciones cutáneas, pardas, como en el mal de Addison, pero que no se extienden a las mucosas visibles, los edemas en sitios extraños, como los muslos y las pantorrillas, la dispepsia y las crisis diarréicas y el enflaquecimiento rápido a pesar de que el enfermo conserva un buen apetito, son signos que, apreciados en conjunto, dan la clave de una segura diferenciación. Recuérdese, además, que en ciertas formas de bocio exoftálmico o de simple hipertiroidismo ocurren fenómenos torácicos, asmáticos, con quintas de tos seca ("neuropática", según Pierre Marie) (9), que, en presencia de una ligera fiebre con intermitencias, hacen temer al práctico una tísis pulmonar incipiente, sospechas que hallan eco en el vulgo al observar ciertos fenómenos vaso-motores, como oleadas de rubor en las mejillas y calentamientos de las manos (10), que asocia con los caracteres distintivos de aquella enfermedad.

(8) Osler, obra citada. t. iv. p. 869,

(9) Enriquez-Bergé-Laffitte-Lamy, "Tratado de Medicina", trad. esp., t. ii, p. 688.

[10] Strumpell, "Textbook of Medicine' [1905], trad. ingl., p. 912

El análisis hematológico revela los estigmas de una cloro-anemia (la llamada "clorosis tiroídea" de Capitan) (7), tipo anémico que, como hemos visto, puede ocurrir también en la malaria, pero la imagen leucocitaria es distinta, pues en lugar de la mononucleosis con predominio de células grandes que hay en ésta, la enfermedad de Basedow se distingue por una linfocitosis de elementos pequeños. Se ha aplicado al diagnóstico precoz de estos casos la reacción de Abderhalden; conforme observa Fauzer (11), el suero de los basedowianos en presencia de fragmentos de glándula tiroídes normal no produce reacción alguna, pero da lugar a una reacción franca cuando se le pone en el dializador en presencia de fragmentos procedentes de indivíduos afectos de bocio exoftálmico.

Hay otro procedimiento clínico que sirve para despistar tempranamente estos casos y que, dada su sencillez, debe practicarse siempre que haya duda: la prueba de Goetsch (12) mediante una inyección subcutánea de adrenalina, que, por lo menos en el paludismo, es invariablemente negativa.

PALUDISMO Y CANCER VISCERAL.—Todos sabemos con cuanta frecuencia las neoplasis malignas de los órganos internos, especialmente del hígado, estómago, pulmón y riñón, dan lugar a brotes febriles que se asemejan mucho clínicamente a los del paludismo. Esos brotes son efecto casi siempre de infecciones secundarias por gérmenes sépticos y la fiebre se manifiesta con oscilaciones intermitentes, como las de todos los procesos sépticos en general; claro que verificándose esas invasiones en las últimas etapas de la evolución del tumor, los síntomas y signos de éste pueden apreciarse bastante bien definidos para no hacer posible una equivocación con fiebres ni maláricas ni de otro orden. Pero lo mismo el carcinoma que el sarcoma de las vísceras producen a menudo, bien tempranamente en su curso evolutivo, una fiebre con exacerbaciones moderadas que o bien pasa desapercibida o se la confunde con el paludismo. Ese estado febril va casi siempre marcado de una periodicidad tan exacta que, a falta de síntomas locales, no es extraño interpretarla como de origen hematozoario.

Observamos largo tiempo, hace algunos años, un caso de cáncer gastro-hepático que nos puso bien de manifiesto esas características de intermitencia febril con extremadamente exacta periodicidad. El paciente había sido hasta entonces un hombre saludable; tuvo años atrás un brote de consolidación pulmonar, para él tuberculosa y que bien pudo serlo, pero de la que curó rápidamente y de manera cabal; cuando solicitó nues-

[7] obra citada, p. 558.
[11] Joltraim, "Nouvelles Methodes de Séro dianostique". [1916]. p. 335
[12] Nicholson-Goetsh, en *Amer Rev. of Tubercul*, [1919], t. iii., p. 109.

tros servicios para la enfermedad a que vamos a referirnos, era un sujeto grueso, al parecer ligeramente anémico y de edad algo avanzada; todo su sufrimiento se reducía al principio a una algia (neuralgia?) que le atormentaba en forma de paroxismos cotidianos de media a una hora de duración y constantemente localizada en el epigastrio e hipocondrío derecho, con irradiación escapular; la crísis dolorosa se presentaba de improviso a eso de las dos de la tarde, sucediéndose diariamente con la mayor regularidad y al parecer de cada día exacerbándose más y más; le tomamos la temperatura en dos tardes distintas y en ambas comprobamos que el dolor se acompañaba de una ligera elevación térmica, 4 o 5 décimas, que desaparecía poco después de pasada la crísis; no había duda para el sujeto de que se trataba de una neuralgia palúdica y confieso que a mí me impresionó también en ese sentido; el examen microscópico de la sangre fué negativo con respecto al plasmodio; ¿podría ser aquéllo un fenómeno tabético?—no había antecedente específico alguno y el análisis serológico demostró que esa sospecha no tenía fundamento; ¿eran crísis de calculosis hepáticas?—lo parecían ciertamente por los detalles de irradiación hacia el hombro y la localización fija ya mencionada, pero no había ningún punto doloroso a la presión y yo no tenía noticias de que esos cólicos pudieran repetirse con una regularidad tan fija; empezó a llamarme la atención la cada vez más creciente palidez del sujeto, su adelgazamiento progresivo y la aparición de fenómenos gástricos, especialmente una inapetencia absoluta; él lo atribuía a su paludismo, aferrándose a esta posibilidad a pesar del resultado invariablemente negativo de los análisis; me instaba a que le diera quinina, en la seguridad de que pronto habría de curarse; yo me resistía al principio, temeroso de que los hematozoarios, si los había, se me ocultasen, haciendo luego infructuosas todas mis pesquisas; después ya el caso empezó a impresionarme de una manera muy distinta y desde luego pronto hube de convencerme que la quinina sería inútil para dominar aquella escasa sintomatología que, como el mal, iba en progreso rápido; en efecto, las crísis dolorosas perdieron su periodicidad tan marcada, haciéndose mucho más frecuentes, pues que empezaron repitiéndose varias veces en las 24 horas, luego no desaparecerían más que a cortos intervalos, finalmente se despojaron de su intermitencia, y el dolor, aunque más atenuado, se hizo casi contínuo; el enfermo rehusó repetidas veces someterse a una intervención que los fenómenos progresivos de anemia, caquexia, ictericia y trastornos dispépticos muy pronunciados, hacían cada vez más urgente: estaba seguro de su paludismo y creo que continuó engañado hasta que las primeras hematemesis le hicieron ver que se trataba de otra cosa; luego perdí de vista el caso: recurrió a otro médico en vista del fracaso de mi terapéutica;

murió como año y medio después de haberme consultado por primera vez para aquella "neuralgia" tan rebelde a la que no aventajaba en periodicidad ninguna otra manifestación palúdica conocida.

En casos de esa naturaleza la presunción de un paludismo posible sólo puede excluirla un dato negativo: la inutilidad de repetidas pesquisas tras el hematozoario, supuesto culpable de la crísis dolorosa y del estado febril. La fórmula leucocitaria nos induce a engaño si se toma la sangre en el momento del acceso, pues que la misma moderada polinucleosis del cáncer en sus etapas iniciales acompaña a la pirexia palúdica hasta la casi conclusión de cada ciclo febril; a la terminación de éste y en la apirexia ya contamos con un elemento distintivo o sea la mononucleosis. A la pequeña leucocitosis del principio sucede en el cáncer, a medida que la enfermedad avanza, una polinucleosis cada vez más creciente, pero entonces ya los signos locales no dejan lugar a duda, como tampoco en lo que concierne a la verdadera interpretación de la fiebre séptica que ordinariamente aparece en esas postreras etapas.

Hoy la reacción de Abderhalden brinda al clínico elementos muy valiosos para una temprana diferenciación en estos casos, y debe recurrirse a ella siempre que sea posible, en interés de una eficaz intervención terapéutica.

FORMAS BENIGNAS Y MALIGNAS DEL PALUDISMO INTERMITENTE.—Examinadas someramente, como acabamos de hacer, las más comunes causas de error en el diagnóstico de las fiebres palúdicas a tipo intermitente, no está demás agregar algunas líneas referentes a la diferenciación de las varias formas clínicas entre sí, esto es, de las ordinariamente llamadas "malignas" con las que, por justa contraposición, deben ser apeladas "benignas". No necesitamos decir que estas designaciones hacen más bien referencia al pronóstico, pero es indispensable tenerlas en cuenta porque ciertamente expresan modalidades que es preciso diferenciar correctamente en interés de una terapéutica bien orientada y en cuya pronta eficacia hay que confiar.

Apreciando en sus detalles los distintos elementos componentes del paroxismo febril, tenemos que las tercianas malignas apenas difieren de las benignas en cuanto a la intensidad del escalofrío, muy variable en ambas, y que puede aún faltar en las primeras, siendo sustituído a menudo por una ligera sensación de frialdad a lo largo de la espina dorsal, otras veces extendiéndose a toda la espalda o a la cara posterior de la pelvis y de los muslos. El estadío de calor presenta un buen número de puntos diferenciales bien observados por Marchiafava y Bignami (8), a saber: ascenso rápido seguido de oscilaciones que duran algunas horas y que

[8] obra citada, t. ii, p. 79.

culminan en una pseudo-crisis, la temperatura bajando súbitamente uno o dos grados para subir enseguida de nuevo a un punto todavía mayor que antes, descendiendo luego de una manera gradual a la normal o un poco más bajo, pero nunca llegando a temperaturas sub-normales tan marcadas como en otras formas, constituyendo este descenso la crísis verdadera; el período oscilatorio y la falsa crísis son absolutamente típicos de la terciana maligna, como lo es así mismo la larga duración del acceso; la temperatura por lo regular se mantiene elevada más de 24 horas, frecuentemente durante un período de 36 o 40, de modo que los intervalos de apirexia no son más que de algunas horas de duración, considerando Leonard Rogers que "la sucesión de dos o tres paroxismos, cada uno de los cuales abarca una totalidad de dos días o más, es completamente característica, pudiendo confiadamente diagnosticarse esta forma por la curva térmica solamente" (13).

En la terciana benigna, lo mismo que en la cuartana, el estado de hipertermia no dura más que 4 a 6 u 8 horas, manteniéndose apirético el enfermo durante 24 o 48 horas, según el caso; quiere decir que la duración total del acceso es la mitad o menos que en la terciana maligna en que viene a ser dos días completos; además, los paroxismos pueden anticiparse o retardarse y a veces ocurren ligeras elevaciones de temperatura en las fases intercalares. La sudoración post-febril en las formas malignas alternas es ligera si se la compara con la que sigue a los accesos de terciana benigna o de cuartana.

La cotidiana estivo-otoñal está caracterizada por un escalofrío mejor definido que en la terciana de igual tipo (o doble) y el sudor que acompaña a la crísis es también más abundante, aunque mucho menos que el que ocurre en la terciana benigna simple. La curva térmica no está marcada por oscilaciones, faltando aquí también la pseudo-crisis; la temperatura sube rápidamente y rápidamente baja, no durando todo el paroxismo más que algunas horas, lo mismo que en las cotidianas benignas; no hay, pues, nada que clínicamente distinga ambas formas una de otra como no sea la tendencia de la cotidiana maligna a hacerse prontamente contínua: los intervalos van acortándose poco a poco, los paroxismos consiguientemente se acercan más y más hasta que finalmente la temperatura se mantiene constantemente elevada y a las intermitencias anteriores suceden ahora remisiones de medio o un grado, generalmente matinales.

Otra variedad más difícil de distinguir es la llamada "intermitente maligna ligera" en la cual el termómetro no sube a más de 38 grados y que Rogers (13) advierte que sólo puede diagnosticarse por el hallazgo

[13] Rogers, "Fevers in the Tropics" [1908], p. 209, 212.

del hematozoario, sobre todo de sus gametos, los cuerpos en media luna. No hay para qué encarecer el grandísimo interés que debe tenerse en identificar prontamente formas como éstas, pues que si bien las variedades clínicas causadas por el *Plasmodium malariae* y el *vivax* son susceptibles de curarse espontáneamente o al menos pasar a un estado de latencia conforme a la observación de ciertos autores (Castellani (14), Loffler (15) y otros), las que resultan de una invasión por el temible *falciparum* exhiben, muy por el contrario, una tendencia a hacerse rebeldes a la medicación específica y en un momento dado a asumir una perniciosidad que muchas veces bien pudo evitarse con un diagnóstico oportuno.

Por esa razón, aún en las formas anteriormente aludidas, que parecen de fácil identificación clínica, debe el médico apelar a la diferenciación hematológica acerca de cuya exactitud no necesitamos insistir. No es éste el lugar apropiado para describir los caracteres morfológicos de las distintas variedades de plasmodias, pero sí queremos siquiera tocar de paso algunas peculiaridades del parásito de la forma maligna y parangonarlas con otras correspondientes a los dos tipos que causan las formas benignas y también aludir a determinadas reacciones en el medio circulenta en que uno y otros se multiplican.

En primer lugar no se debe diagnosticar paludismo estivo-otoñal por el sòlo hecho de pluri-invasión globular; si bien es más común observar dos y tres anillos en el interior de un hematíe en aquella forma, esa no es una característica suya, como muchos pretenden: en cualquiera de las formas benignas, sobre todo en la terciana, puede igualmente ocurrir, si bien sea en menor grado.

No hay para qué mencionar el empeño frustrado de algunos principiantes en buscar rosetas del *falciparum* en etapas febriles (o mejor prefebriles) en que creen que deben encontrarse en la sangre periférica: eso es una rareza; las formas malignas tal como se observan en Puerto Rico hay que reconocerlas hematológicamente bien sea por anillos pequeños o por los característicos gametos, los cuerpos en media luna.

No se busquen tampoco los hematíes pálidos de gran tamaño más que en la sangre de sujetos atacados de terciana benigna; en las demás formas los hematíes grandes que nos salen al encuentro son invariablemente policromatofílicos y nunca albergan el hematozoario; en las formas malignas terciana y cotidiana los parásitos ocupan el interior de glóbulos más bien pequeños y que generalmente fijan mejor el tinte, apareciendo de un

[14] Castellani y Chalmers, "Manual of Tropical Medicine" [1919] 3a. ed. p. 1159 1163.

[15] "Modern Clinical Medicine" [Die Deutsche Klinik], t. *Infect. Dis.*, [1905] p. 240.

color subido en contraposición a los glóbulos grandes de la terciana benigna cuya palidez es característica.

Los gránulos de Schüffner son ciertamente muy desemejantes a las manchas de Maurer: unos y otros son de color rojo en todos los procedimientos en que se use el azul de metileno—eosina en cualquiera de sus múltiples fórmulas, pero los primeros aparecen en forma de un punteado muy fino, en tanto que las segundas son de mucho mayor tamaño y no tan brillantemente coloreadas; es ocioso repetir que aquéllos ocurren en la terciana benigna, éstas en las fiebres estivo-otoñales, sobre todo en las de tipo grave o pernicioso.

A nosotros nunca nos ha auxiliado en lo más mínimo la diferenciación del pigmento producido por las distintas variedades del plasmodium; más útil sería buscar apoyo en la variación de la fórmula leucocitaria: predominio de los mononucleares grandes y medianos en las formas benignas y de los medianos y pequeños en las estivales, cuya constancia puede corroborarse en la inmensa mayoría de los casos. La ocurrencia de leucocitos melaníferos en las infecciones benignas es mucho más frecuente que en las malignas: es raro encontrar en éstas leucocitos endoteliales o formas de transición en el interior de los cuales es que más a menudo pueden hallarse los gránulos de pigmento melánico.

FILARIOSIS Y PALUDISMO.—Una práctica casi constante de más de once años en la que acaso sea la comarca más castigada por la endemia filárica en esta isla, me ha dado ocasión de observar, en muchas decenas de casos, los distintos tipos febriles que a mi juicio pueden reducirse a tres:

(i) la llamada fiebre "filárica" o "elefantoídea" (en mi concepto dos procesos de distinta etiología aunque clínicamente similares; por eso los consideraremos juntos);

(ii) la fiebre intermitente que acompaña a los abscesos y supuraciones de origen filárico;

(iii) por último, un tipo febril irregular con curva más bien contínua o remitente.

Las dos primeras se confunden mucho con el paludismo. La elefantoídea, de acceso único, precedido de un intenso escalofrío con hipertermia que puede mantenerse de 12 a 24 horas o hasta dos días, terminando con una sudoración más o menos abundante y retorno más o menos completo a la euforia, realiza el tipo de la fiebre cíclica y, como sabemos se repite ya al cabo de algunas semanas ya de meses o a veces tardando algunos años. Es fácil, desde luego, un diagnóstico en muchos de estos casos cuando a más de sus síntomas y manifestaciones clásicas recoge el práctico la historia de accesos semejantes repetidos con mayor o menor

regularidad de tiempo, pero frente al acceso en sí, sin más elementos de orientación clínica que la mera observación del paciente y en ausencia de una linfangitis, por ejemplo, o antes de que ésta se haya presentado, el diagnóstico se hace difícil. No hay ningún síntoma que revele la naturaleza filárica de una fiebre; si aquella puede sospecharse por la historia de semejantes paroxismos que han venido repitiéndose durante más o menos tiempo, si a veces se cree acertar por el hallazgo de embriones de filaria en la sangre periférica, esos datos no son concluyentes en sí, pues que, en primer término, el sujeto filárico no está exento de sufrir un ataque palúdico, por ejemplo, y en segundo lugar hay muchos indivíduos cuya sangre alberga microfilarias, que pueden pasar la vida entera sin sufrir una crísis febril directamente imputable al parásito. En presencia de uno de estos accesos únicos en un enfermo tenido o no por filariano, siempre que se sospeche una invasión palúdica, no será posible diferenciar clínicamente el caso sino excluyendo aquella mediante el debido examen hematológico. Esta es la gran dificultad diagnóstica de la filariosis; no pudiendo diagnosticarse por ningún signo o síntoma directo, hay que diferenciar las fiebres que con ella se confunden, de la única manera realmente positiva, esto es, por cuidadosa exclusión de aquellas. La cefalalgia y el dolor lumbar, por ejemplo, la ligera ictericia, todos son elementos que ayudan en un caso otras veces observado, pero en un primer ataque o en cualquiera en que falte una manifestación tenida por típica, como la linfangitis, repetimos que no hay medio seguro sin recurrir a la sangre. El pulso relativamente lento de los accesos filáricos ciertamente que contrasta con el mucho más rápido de los palúdicos, pero nadie basaría más que una simple presunción en un dato de tan poco relieve.

La fiebre que acompaña a los llamados abscesos filáricos no puede diferenciarse clínicamente de una fiebre séptica; al igual que ésta, afecta casi invariablemente el tipo intermitente, y ante la sospecha de un paludismo de igual forma, nos haría vacilar la posibilidad de una adenitis o de una orquitis maláricas a las cuales ya nos hemos referido.

El examen hematológico puede poner de manifiesto el agente causal en uno y otro caso, pero prescindiendo de la microfilaria (y hemos de advertir que todas nuestras observaciones se refieren a la de Bancroft o sea la variedad nocturna de la *Filaria sanguinis hominis,* única reportada entre nosotros), por cuanto su sola presencia, repetimos, no es bastante a afirmar la etiología de un proceso dado, y prescindiendo igualmente del hematozoario, que puede no encontrarse, sea por la administración inopinada de quinina o por otra causa, la fórmula leucocitaria nos dá elementos suficientes para una segura diferenciación. En efecto, durante los accesos febriles (ya sean los repetidos cotidianamente o el único con recidiva a más o menos largo plazo, y ya sean debidos a un

brote filárico puro (?) o a la infección séptica regularmente sobreañadida), tendremos una leucocitosis relativamente mucho más alta que la que acompaña a los ataques palúdicos; en ambos casos hay polinucleosis, pero la del paroxismo febril filárico es distintiva por cuanto persiste todo el tiempo que éste dura, en tanto que es de corta duración en el acceso malárico, desapareciendo antes de caer la temperatura para dejar paso a la mononucleosis que el estadío de sudor encuentra ya establecida; la polinucleosis malárica es además moderada, fluctuando de 65 a 80% mientras que la filárica alcanza proporciones mayores de 80 a 95%. La eosinofilia en la filariosis se comporta de un modo todavía más característico; desaparece, igual que en el paludismo, durante la pirexia, pero así como en éste la desaparición es temprana y dura todo el paroxismo, en aquella es tardía y no completa, pudiéndose hallar eosinófilos, aunque en pequeño número, algunas horas después de haberse iniciado el ascenso de la temperatura y reapareciendo precozmente antes de caer aquella; para Ricot este dato "debe siempre hacer sospechar la filaria como agente etiológico" (16).

En los intervalos de los accesos hay predominio de las formas mononucleares en ambas enfermedades, pero así como en la filariosis es mayor la cifra de linfocitos pequeños, llegando hasta 50 o 55%, en la malaria el aumento recae sobre los mononucleares grandes y medianos en las formas benignas y sobre los medianos y pequeños en las malignas. En la filariosis, como en la generalidad de las afecciones parasitarias, hay hiper-eosinofilia que aquí es regularmente periódica, alcanzando el máximum a media noche, coincidiendo con la presencia del mayor número de embriones en la sangre periférica; se observa constantemente, haya o no brotes febriles y en ausencia de infartos ganglionares, supuraciones y otras manifestaciones filáricas; en el paludismo no hay aumento de eosinófilos, como no sea debido a alguna enfermedad intercurrente.

Resumiendo, pues, los datos hematológicos diferenciales:

	Filariosis	*Paludismo.*
Durante el acceso	Leucocitosis alta o moderada; Polinucleosis persistente; 80 a 95% Eosinofilia que desaparece tardía y reaparece precozmente.	Leucocitosis ligera; Polinucleosis fugaz; 65 a 80% Hipo-eosinofilia durante todo el acceso.
En los intervalos	Linfocitosis. Eosinofilia periódica nocturna.	Mononucleosis. No hay eosinofilia.

[16] Grall y Clarac, "Traité de Pathologie exotique", t. *Maladies Parasitaires, Peste,* [1913], p. 326.

FILARIOSIS Y SEPSIS.—Las linfangitis, adenitis y procesos supurativos que ocurren en los sujetos filáricos son generalmente debidos a infecciones consecutivas favorecidas por la menor vitalidad de los tejidos, hayan éstos llegado o nó a la etapa elefantiásica.

Vamos a considerar primeramente los brotes agudos de linfangitis o de linfango-adenitis, lo que en el país se conoce vulgarmente con el nombre de "erisipela" y que para muchos autores lo es en realidad, etiológica y acaso nosográficamente considerada. Muchos filáricos pueden anticipar algunas horas la ocurrencia de uno de estos brotes: una sensación de lasitud con cefalea y pesadez de los párpados y dolores vagos y generalizados por todo el cuerpo, le sirven de preludio; a otros los sorprende de una manera brusca el paroxismo; de cualquier modo, éste se inicia con un fuerte escalofrío a menudo acompañado de vómitos y de algias referidas más frecuentemente a la región lumbar, al epigastrio o a una de las ingles; la temperatura sube prontamente alcanzando 40 grados o más, los dolores de cabeza y musculares se acentúan y puede aparecer estupor o delirio; lo más a menudo en una pierna se presenta una placa erisipelatosa o cordones enrojecidos que siguen el trayecto de los linfáticos superficiales; a nivel de la ingle se desarrolla una tumefacción que es exquisitamente sensible a la más ligera palpación: ésta es la "seca" de nuestras gentes. En la mujer hay que tener presente la localización preferente en un ganglio axilar con la consiguiente linfangitis del seno o del brazo. La fiebre se mantiene alta durante 24, 48 o 72 horas y cae luego por crísis, la lesión local evolucionando paralelamente de un modo regresivo.

No hay nada que clínicamente distinga este acceso de fiebre filárica o "elefantoídea" de una erisipela vulgar, como no sea la relativamente menor duración del ciclo que en el proceso franco debido a estreptococos; el acceso tampoco difiere gran cosa si la localización linfática inflamatoria tiene lugar en un miembro elefantiásico o en uno aparentemente normal. Examinada la sangre a una hora conveniente se encontrarán o no embriones de filaria, pero en el primer caso podemos preguntarnos: ¿es ésta el único agente responsable de la erisipela actual? Le Dantec ha hallado en la linfa proveniente de estos tejidos y en serosidades provocadas por vejigatorios aplicados en regiones elefantiásicas un microorganismo que él llama "dermo-linfococo" y que parece ser morfológicamente idéntico al "linfococo" aislado por Dufougeré en casos análogos; ahora bien, ese germen, sólo o asociado, provoca lesiones de linfangitis aguda o crónica y Le Dantec traduce su supuesta actuación de este modo: "La elefantiasis es una dermococcia crónica; el acceso simple regional (o sea la lingangitis apirética) será debido a una evolución momentánea del

dermo-linfococo; el acceso franco ocmpleto (o brote linfangítico agudo febril) resultará de una simbiosis de aquel con el estreptococo: éste viene a la región enferma por medio del torrente circulatorio y llegado allí se desarrolla simbióticamente con el dermococo" (17) produciendo entonces la erisipela nuestra.

Aceptada esta etiología es inútil ofrecer puntos diferenciales de diagnóstico clínico porque simplemente no los hay: sólo los antecedentes del enfermo y la ocurrencia de ataques similares anteriores nos dirán si se trata de una infección estreptocóccica, no pura sino asociada al linfo-o dermo-coco en un terreno filárico. La sangre puede revelarnos embriones de filaria o sólo la eosinofilia periódica nocturna; la tomada en pleno acceso febril acusará una leucocitosis con polinucleosis. distinta de la séptica solamente en la simultánea existencia de una eosinofilia ligera o moderada que no desaparece totalmente ni aún en el apogeo de la crísis, lo contrario de lo que ocurre en los procesos sépticos.

Estos caracteres hematológicos señalan además las flebitis, adenitis, abscesos y otras supuraciones no diremos filáricas sino que ocurren en sujetos filarianos; con respecto a las adenitis de origen tuberculoso o sifilítico o blenorrágico nos será forzoso excluir estas infecciones bien sea clínicamente o apelando a otros recursos de laboratorio, pues en las dos primeras hay linfocitosis, como en los intervalos apiréticos filáricos, y en la última hay polinucleosis, igual que en los brotes filáricos agudos; la eosinofilia relativa no ayudaría más que en la sífilis, pues en la tuberculosis, con o sin adenitis no supurada, hay una eosinofilia ligera y lo propio cabe decir de la blenorragia aguda, de suerte que los bubones de esta enfermedad no podrán diferenciarse por este único dato de los filáricos, a no ser que se constatara una periodicidad nocturna en el aumento de esas células, coincidiendo, como dejamos dicho, con la irrupción en la sangre de gran número de microfilarias.

En cuanto a los llamados "abscesos filáricos", ¿son realmente de este origen exclusivamente? Su ocurrencia en miembros elefantiásicos, en el escroto y en regiones ricas en tejido linfoídeo y a lo largo del trayecto de los grandes vasos (para no mencionar ahora sino las localizaciones snperficiales) parece así indicarlo, como también ciertas peculiaridades clínicas, muy especialmente la brusquedad de su desarrollo; Nuñez, de la Habana, anota a este respecto: "Un filariano, portador o nó de hidroceles

> quilosa, es presa súbitamente de un acceso violento de linfangitis: el escroto duplica o triplica su volúmen anterior; rápidamente el contenido de la vaginal se hace purulento"(18).

[17] Le Dantec, "Précis de Pathologie exotique", [1911] t. ii, p. 807-8.

[18] Andain, "Fiebres intertropicales" [1909]. p. 1003

Nosotros recordamos un caso en un sujeto extranjero, que hubo de sorprendernos por su extraordinaria rapidez evolutiva; sufrió un brote febril agudo con linfangitis escrotal aparente a poco de comenzar el acceso; en menos de 36 horas ya había una fluctuación neta y al incindir la bolsa se evacuó una cantidad considerable de pus, que no nos explicamos aún cómo pudo formarse en tan poco tiempo. En la región funicular puede un absceso de éstos evolucionar con tremenda gravedad causando la muerte por complicación peritoneal.

Ahora bien, ¿cuál es el elemento patógeno en el pus proveniente de esos focos supurativos de tan rápido desarrollo? Unos autores dicen que en su producción intervienen dos factores: primero, cadáveres de filarias adultas, luego, una infección secundaria. Pero son ambos demostrables? Maxwell (16) afirma no haber encontrado filarias muertas en el pus más que en un caso por cada 33, a pesar de que coincidieron esas supuraciones con la presencia de numerosos embriones en la sangre; por otra parte, hay casi unanimidad en lo que concierne a la asepticidad de ese pus de abscesos filáricos. Para Audain el diagnóstico tiene que descansar en uno de estos dos datos:

"(a) presencia de la filaria o de su débris en el pus;

(b) presencia de un pus aséptico proveniente de un absceso cuya formación ha sido consecutiva a un brote de linfangitis filárica, habiéndose previamente excluído, clínicamente, todas las demás causas probables y la filariosis bien establecida" (18).

Quedamos, pues, en que es forzoso diagnosticar estos procesos por eliminación de los que con ellos guardan semejanza clínica, tal como hicimos constar al ocuparnos de la diferenciación con el paludismo. El elemento fiebre es todavía aquí menos distinto: el tipo es intermitente, con oscilaciones periódicas como en cualquier otro proceso séptico.

Dos palabras en relación con los abscesos filáricos intratorácicos e intra-abdominales, que todos los autores reputan por raros. Para Manson

> "Los dolores localizados profundamente en el tórax o el abdomen, cuando van acompañados de una fiebre inflamatoria que pronto se hace héctica y de una disminución en el número de microfilarias, o de su ausencia total de la sangre periférica, deben hacer pensar en un absceso filárico y sugerir la oportunidad de una exploración y si es posible de una intervención quirúrgica" (19).

Clarac hace esta cita nada más que "para demostrar cuán vagas son las nociones que poseemos acerca

[18] obra citada, p. 1003, 1008.

[16] obra citada, p. 337.

[19] Manson, "Tropical Diseases", [1919], 6a. ed, p. 711.

de este tópico", pero agrega a renglón seguido, y esto peca por no menos vaguedad: "Puede preguntarse en todo caso si ciertos accidentes graves constatados en sujetos filarianos, no deben encontrar su explicación en supuraciones internas mal conocidas; conviene, pues, siempre plantear la cuestión y no olvidar que la muerte de las filarias es una causa posible de abscesos en individuos afectados de filariosis" (16).

Puede traerse aquí, como típico de esa vaguedad e imprecisión, el caso de Enrique Nuñez, brevemente relatado así: "Muchacha de 15 años, que sufría de quiluria no interrumpida desde hacía cuatro años, bruscamente es acometida de un dolor violento en la región lumbar derecha con fiebre alta que pronto asumió carácter séptico; se nota en el flanco derecho una macicez que se extiende hasta la fosa ilíaca, edema considerable de ambas extremidades, y coincidiendo con ese estado grave, desaparición completa de la quiluria: las orinas se vuelven claras al mismo tiempo que disminuyen en cantidad. Fué diagnosticada poco antes de la muerte de pionefrosis y septicemia" (18). Bien es verdad que también se hizo un diagnóstico retrospectivo de probable absceso filárico intraabdominal.

En conclusión diremos que, con las reservas apuntadas, la sospecha de un proceso séptico puro puede eliminarse si se comprueba una eosinofilia persistente, y a ésto es a lo más que podemos aventurarnos en esa diferenciación.

La llamada "fiebre glandular", proceso febril agudo de los niños y adultos jóvenes, que regularmente se manifiesta por una pirexia contínua o intermitente con adenitis superficiales, puede dar lugar a confusión con la segunda variedad de la fiebre filárica, pues si bien en la mayor parte de los casos de aquella los infartos ganglionares se limitan al cuello, pueden ocurrir simultáneamente en otras regiones como la axila y la ingle; en esta última situación, sobre todo, se hace difícil diferenciarlos de idénticos infartos filáricos.

El diagnóstico de fiebre glandular, sin embargo, sólo debe hacerse "cuando no se encuentren otras causas de adenitis con fiebre" (4) de manera que, al eliminar todas las adenitis infecciosas (parotiditis, tuberculosis, sífilis, sepsis....), las leucemias con linfadenia, las linfadenias

[16] obra citada, p. 339.
(18) obra citada, p, 1004.
]4] obra citada, t. i. p. 453.

aleucémicas, etc. debe siempre considerarse la filariosis como causa probable de la fiebre y de los infartos, investigando los antecedentes del caso respecto a brotes febriles o nó de linfangitis, a signos característicos como la quiluria y la hemato-quiluria, y buscando las otras lesiones más o menos típicas, como varices, linfo-escroto, etc. Los caracteres hematológicos ayudarán a una diferenciación, igual que en las otras sepsis entre las cuales cabe clasificar este tipo, sólo aparentemente autónomo (en lo que a etiología respecta), de adenitis febril.

FIALARIOSIS Y PESTE BUBONICA.—Fué una verdadera sorpresa para el país el informe publicado en 1914 por González Martínez de un caso fatal de linfangitis filárica simulando peste bubónica. La clase médica en general ignoraba que tuviésemos en Puerto Rico esas formas perniciosas de filariosis tan bien descritas por Da Silva y otros autores brasileños y por Mazaé-Azema en la isla de la Reunión, bajo el nombre de linfangitis intraganglionar generalizada.

Claro que esa forma, inusitada para nosotros que casi nos hubimos acostumbrado a formular un pronóstico invariablemente benigno *quoad vitam* en todas las filariosis, sólo pudo diagnosticarse mediante la más cuidadosa exclusión bacteriológica y anatomo-patológica, como precisamente hizo el investigador puertorriqueño (20).

Clínicamente no sería posible diferenciarla de la peste bubónica en su forma septicémica. Comienzo brusco, con dolor en los ganglios y fiebre que rápidamente monta a 40 grados y más, respiración y acción cardíaca ambas sumamente aceleradas; el dolor inguinal tiende a localizarse primero en un solo lado, donde pronto se hace intolerable, arrancando gritos de angustia al enfermo, luego franquea la zona ganglionar, extendiéndose al abdomen de donde irradia hacia los lomos y el epigastrio; la palpación es intolerable; el vientre se meteoriza y se hace sumamente sensible a la presión; sobrevienen vómitos y diarrea; la lengua se seca; hay un estado tifódico marcado, con agitación y delirio; el paciente se agrava por momentos, cae finalmente en una postración extrema y sucumbe al cabo de dos o tres días. Tal es la descripción que transcribe Clarac (16) del ataque de linfangitis filárica perniciosa.

En cuanto a la reacción local, puede ser intensa, como en casos observados por Mazaé-Azema que dice: "Las regiones invadidas se recubren de una placa erisipelatosa, de color rojo casi violáceo, que reposa sobre tejidos edematizados. Todo el miembro y aún la pared abdominal pueden ser invadidos" (16). Pero también puede ser escasa, como en el caso

[20] González Martínez, "Fatal Attack of Filarial Lymphangitis" [1914]
[16] obra citada, p. 331.

reportado por González Martínez, donde todo se redujo a "dos pequeños infartos ganglionares en la ingle derecha, que eran excesivamente dolorosos a la palpación" (20). Coincidiendo una reacción local tan pobre con fenómenos de toxihemia tan extraordinariamente graves, es inevitable tener que acudir, para esclarecer el diagnóstico, al laboratorio, y agotar todos los recursos que éste puede brindarnos: hemocultura, bacterioscopia y siembras directas, en medios apropiados, del jugo, obtenido por punción ganglionar, de la orina y del esputo (si lo hubiere), investigación de la fórmula leucocitaria, etc. Esta última ayuda poco a una exacta diferenciación; en primer término, la leucocitosis falta en casos fatales de peste bubónica, pudiendo aún haber leucopenia; es probable que en casos igualmente fatales de linfangitis filárica falte la reacción leucocitaria asímismo, como simple expresión del agotamiento general de todas las defensas. En los menos graves, la eosinofilia filárica ayudaría, ya que en la sangre bubónica domina el factor séptico del cual es elemento integrante no ya la hipo-eosinofilia sino hasta la desaparición completa de todos los eosinófilos. También el hallazgo de embriones en la sangre, en el sedimento urinario, en algún derrame quiloso o en el jugo ganglionar, inclinaría el ánimo en favor de una filariosis, pero nadie osaría comprometerse en un diagnóstico diferencial de tan grave responsabilidad sin la previa exclusión bacteriológica del *bacillus pestis.*

FILARIOSIS Y COLICOS ABDOMINALES.—Un paroxismo febril de linfangitis filárica, generalmente doloroso, se confunde con diversas afecciones abdominales agudas en que domina el elemento dolor.

La *apendicitis,* cuyo comienzo, como el de aquella, suele ser brusco, con escalofrío, temperatura alta y dolor difuso en el vientre, acompañado o no de vómitos y constipación, es la que más se presta a errores de diagnóstico precoz. En las primeras horas se hace muy difícil la diferenciación clínica, sobre todo en un sujeto tenido como filariano o que pruebe serlo en el momento de la exploración. El dolor puede estar limitado al asiento de la enfermedad, en la ingle, pero puede también ascender y extenderse por todo el abdomen; en la apendicitis aguda, sin embargo, ese dolor, difuso al principio, tiende a localizarse, haciéndose peri-umbilical primero para fijarse luego alrededor del punto de MacBurney; la exquisita sensibilidad a la presión sobre este punto, la hiperestesia cutánea de toda la zona circundante y la rigidez muscular aclararán luego el diagnóstico que encontrará debida corroboración en la fórmula hematológica, sobre todo en cuanto concierne a la hipo-eosinofilia séptica que contrasta notablemente no ya con la persistencia sino con el aumento relativo de aquellos elementos celulares, como queda dicho, en las fiebres filáricas.

[20] artículo citado.

También la apendicitis crónica se confunde a menudo con la filariosis y aunque se trata de una afección regularmente apirética, no podemos sustraernos a decir algo a este respecto, ya que la presunción diagnóstica muchas veces halla sostén en paroxismos febriles repetidos a intervalos de duración variable, precisamente como los de la helmintiasis que nos ocupa. No parece hacerse el debido aprecio, entre nosotros, de lo frecuentes que son los trastornos dispépticos e intestinales en la filariosis, y deberíamos tenerlos más en cuenta con sólo recordar cuán a menudo busca alojamiento el verme adulto en los linfáticos abdominales. Por otro lado, se parte tan de ligero en muchos casos diagnosticando procesos apendiculares crónicos por el solo signo de dolor a la presión sobre el punto clásico, especialmente si el sujeto se ha quejado de estreñimiento y de otros trastornos digestivos de más o menos monta, que no es raro ver en la mesa operatoria casos con apéndices enteramente sanos (que, sin embargo y para justificar la intervención, son extirpados sin mayores escrúpulos); no es dé extrañar, desde luego, que en circunstancias tales el enfermo siga como antes de sufrir la innecesaria apendectomia. En un filariano con perturbaciones digestivas más o menos notables y que además sufra de paroxismos febriles cortos acompañados de crisis dolorosas referidas a todo el vientre o a la fosa ilíaca derecha, tales accesos se interpretan a menudo como cólicos apendiculares a repetición y se aconseja la operación "en frío". La sospecha de una apendicitis parece tener más arraigo si se trata de sujetos anémicos como son muchas veces los filarianos; en cierta ocasión me dijo un cirujano que él había adquirido tal práctica en el diagnóstico de las apendicitis crónicas que no necesitaba sino mirar la cara del enfermo después de haber escuchado su relato de "dispepsia" prolongada, etc.: la facies pálida, terrosa (la que se observa en todas las sepsis de alguna duración) le parecía suficientemente distintiva para casi considerar supérflua la exploración abdominal. Ahora bien, teniendo presente la preponderancia de las sepsis (sean de linfo-o dermococo o de estreptococos comunes o simbiosis de unos y otros) en todos los procesos filáricos, se comprenderá lo engañoso de esa tan patente anemia séptica como signo de orientación segura; parece que a este propósito tampoco se quiere recordar la frecuencia del estreñimiento atónico en todos los estados anémicos, y cuando se hace hincapié en aquel síntoma conviene no olvidar que otro tipo de estreñimiento, el llamado espasmódico, es casi patognomónico de los estados neurasténicos y no hay que hacer mención especial de los filarianos a este respecto. La diferenciación de la apendicitis crónica con la filariosis no puede, pues, basarse ni en crísis dolorosas poco distintivas ni en los trastornos digestivos, ni en la anemia exclusivamente: hay que buscar apoyo, de un lado en la marcha clínica del

proceso, haciendo una ponderación de los anteriores síntomas, considerados en conjunto, y justipreciando además ciertos pormenores de la anammesis, por ejemplo, la duración de los paroxismos febriles, la falta o presencia de reacción inflamatoria local, de linfangitis o linfango-adenitis, de quiluria o hemato-quiluria, etc. y sobre todo los datos hematológicos, especialmente la comprobación de una eosinofilia periódica nocturna; los demás factores apenas servirían para una juiciosa diferenciación pues en las crísis febriles tendríamos iguales leucocitosis y polinucleosis y en los intervalos, idéntica linfocitosis.

El *cólico hepático* acompañado de escalofrío y de elevación de temperatura (la llamada "fiebre hepatálgica" de Charcot), y generalmente también de vómitos, da lugar a menudo a equivocaciones diagnósticas, especialmente si aquí también se tienen en cuenta los posibles antecedentes filarianos del sujeto. La irradiación escapular del dolor, su fijeza ordinariamente en el punto cístico, la ausencia de una placa erisipelatosa o de cordones linfangíticos, son otros tantos puntos diferenciales que pueden recibir confirmación más luego en la ictericia, la acolia y la coluria y el probable hallazgo ulterior del cálculo, cuando la crísis ha sido debida a una obstrucción biliar. Deben, sin embargo, corroborarse las sospechas inmediatamente con un examen hematológico que revelaría el factor séptico con su hiperleucocitosis, polinucleosis neutrofílica e hipo-eosinofilia, cuando en el ataque filárico tendríamos iguales leuco-y polinucleosis, pero con persistencia de eosinófilos, posiblemente aumentados, y encontraríamos tal vez las microfilarias.

El *cólico nefrítico*, generalmente afebril, debuta, por lo demás, igual que un ataque agudo de filariosis; el dolor lumbar con irradiación testicular ocurre en ambos, igual que la anuria, por obstrucción en el primero, por inhibición refleja seguramente en el segundo, pues que repetidas veces se ha comprobado la vacuidad total de la vejiga. La ocurrencia de fiebre más tarde en la crísis o a la terminación del paroxismo doloroso, es común en la litiasis; el escalofrío, sin embargo, no es tan intenso. Tenemos aquí también necesidad de apoyarnos en los datos clínicos negativos, esto es, la falta de reacción linfangítica local; hay, no obstante, una variedad de linfangitis filárica difícil de distinguir a pesar de sus signos locales tan marcados: es la descrita por Audain con el nombre de "orquitis linfatéxica" o de "filaria testicular": debut brusco, violento, con dolores intensos, muy vivos, hinchazón del epidídimo y del testículo, y derrame precoz en la túnica vaginal; la piel del escroto se pone roja y caliente; hay escalofrío, puede o no haber fiebre; en el primer caso dice aquel autor: "Asocie los síntomas de una orquitis blenorrágica febril a los del cólico

nefrítico y se tendrá el cuadro perfecto de la linfangitis testicular de origen filárico" (16). Recuérdese también que en el cólico nefrítico el testículo está retraído: esta retracción contrasta con la tumefacción del ataque filárico, pero, por otra parte, no se olvide que en la mujer el cólico filárico no es tan netamente definido a causa de la situación profunda de los ovarios y la ausencia de toda reacción local aparente. Una vez pasado el acceso habría necesidad de distinguir entre la hematuria que frecuentemente sigue al cólico nefrítico y la emisión de orinas quilosas o hematoquilosas después de una crísis filárica pura. El hemanálisis nos daría idénticos informes que en el cólico hepático.

La *hernia estrangulada* inguinal, femoral o escrotal, también se ha confundido con los ataques filáricos. La confusión sólo es posible, sin embargo, cuando quiere hacerse un diagnóstico precipitado. La falta de fiebre y de reacción linfangítica local y los latos hematológicos negativos aclararán pronto el caso.

FILARIOSIS Y MENINGITIS.—Aunque no hemos tenido oportunidad de observarlo, nos acogemos a la breve descripción que hace Martínez Alvarez de un síndrome meníngeo, grave, que puede ocurrir en niños filarianos. "Esta forma se presenta súbitamente, con convulsiones, pulso lento en relación a la edad, fiebre alta, síntomas meningíticos sostenidos por 12 y 24 horas al final de las cuales estos últimos van desapareciendo lentamente. En estos casos no se observan, por lo general, localizaciones en las extremidades inferiores como sucede en los adultos con tanta frecuencia" (21). No siempre se despeja este síndrome de un modo tan feliz para el paciente, pues el mismo autor más adelante dice: "He visto morir a algún que otro niño de esta forma que considero sumamente grave" (21).

Si bien es cierto que una diferenciación clínica sería difícil dadas ciertas características comunes a todas las meningitis, por ejemplo, las convulsiones y el pulso lento, tengo para mí que la punción lumbar, de la que no debe prescindirse nunca en presencia de fenómenos meníngeos, y la imagen leucocitaria aclararían toda duda diagnóstica, catalogando esta forma junta con otros meningismos de origen parasitario, que es el lugar que nosográficamente parece corresponderle.

FILARIOSIS Y TUBERCULOSIS RENAL.—Sería muy impro-

(16) obra citada, p. 351-3.
(21) Martínez Alvarez, "Algunas notas sobre Filariasis", (1918), p, 12

bable confundir una tuberculosis renal bien desarrollada con algunas formas clínicas de la filariosis; sin embargo, en las primeras etapas de aquella dolencia la confusión es posible. Sus signos iniciales, es decir, la hematuria y la poliuria, pueden ocurrir en la filariosis no sospechada, desde luego también como manifestaciones iniciales de esta última. Clarac (16) menciona un caso observado en la Martinica en que la enfermedad debutó con una hematuria, seguida luego por hemato-quiluria y por quiluria sola. La poliuria ha sido observada con frecuencia en los filarianos; Mackenzie (16) ha visto un indio de Madras orinar de tres a cinco litros al día.

Como quiera que en la filariosis puede mantenerse durante algún tiempo un estado febril intermitente, esto sería motivo de más para mayor confusión. Hay signos que ocurren en un período más avanzado de la tuberculosis renal que también se presentan en las crísis quilúricas, por ejemplo, el tenesmo vesical que, como sabemos, es característico de aquella y que puede aquí reproducirse; oigamos a Cassien: "Llamado durante la noche para un enfermo, le he encontrado sentado en la cama haciendo esfuerzos vanos para orinar; nos cuenta que, al querer orinar, ha visto la micción interrumpida después del primer chorro y a partir de ese momento ha sentido un dolor muy agudo en la vejiga irradiando a la región renal; la vejiga parecía estar llena" (16). Estas crísis, que casi todos habremos observado en sujetos filáricos, se deben a la obstrucción temporal por coágulos de una substancia gelatiniforme, que ocurren en las orinas lechosas, grasientas, de la quiluria. Ese mismo aspecto de la orina ha hecho confundir a más de un médico, que se ha creído en la presencia de una piuria de uno u otro origen. El examen microscópico resolverá en definitiva toda mala interpretación, pues al revelar los numerosos glóbulos de grasa aclarará la etiología, amén de la posible demostración de microfilarias. Los datos hematológicos tampoco dejarán lugar a duda.

Debidamente excluídas todas las pirexias que pueden clínicamente confundirse con las de origen filárico, todavía ha de vacilar mucho el práctico antes de pronunciarse por la filariosis en muchos casos de sintomatología vaga e indefinida, sobre todo en estados no febriles y en aquellos que sólo ocasionalmente se acompañan de una fiebre irregular sin linfangitis ni ninguna otra manifestación tenida por típica. Hace falta en estos casos el descubrimiento del parásito o de sus embriones y como el examen de la sangre para la investigación de estos últimos por los métodos ordina-

(16) obra citada, p. 359-61.

rios está lleno de inconvenientes a causa principalmente del momento oportuno en que se ha venido enseñando que debe forzosamente practicarse, queremos advertir que el hematólogo se vale hoy de ciertos procedimientos que tienden a evidenciar las microfilarias en casi cualquier momento que se retire la muestra de sangre. Es indudable que, al menos en las horas tempranas de la mañana y en las últimas de la tarde, pueden hallarse invariablemente embriones de filaria en no muy escaso número: nosotros los hemos encontrado aun sirviéndonos del método corriente de extensión de la sangre en capa delgada; es natural que la investigación tenga más éxito si nos valemos de la gota espesa, de la centrifugación después de tratar la sangre con una débil solución acética o cualquier otro procedimiento de los llamados de "concentración".

Aragao (22) obtiene por punción del lóbulo de la oreja o del pulpejo del dedo ½ c.c. de sangre que se coloca en un tubo con 5 c.c. de una solución de cloruro sódico y de ácido acético (aa. 0.30%) en agua destilada adicionada de 0.10% de violeta de genciana; se agita bien y luego se centrifuga: los leucocitos y embriones de filaria aparecen en el sedimento debidamente coloreados en tanto que los glóbulos rojos se han disuelto. Tiene este método la ventaja de conservar las microfilarias en perfecto estado durante varios meses, de modo que puede guardarse el material para ser demostrado o para ulteriores investigaciones.

Conviene recordar que, según Lynch (23), la prévia administración de adrenalina o de pituitrina favorece la búsqueda del parásito, pues parece que (como en el caso del hematobio palúdico) dichos agentes, en virtud de una vaso-constricción intensa, dan lugar a la entrada en la sangre periférica de los embriones que durante el día han ído a refugiarse en los capilares del pulmón y otras visceras. La nitroglicerina tiene el efecto contrario, de manera que en sujetos que estén usando dicha droga conviene esperar unas horas en lo que se elimina la última dosis, antes de tomar la muestra, apelándose al método de Aragao, al de la gota espesa o a otro análogo que ofrezca iguales garantías de éxito franco e inmediato.

Hay otro procedimiento que apenas mencionan los autores y que, sin embargo, he usado en varios casos con excelente resultado: me refiero a la punción ganglionar en sujetos en que hay infartos superficiales, como en la ingle, y el examen microscópico del jugo obtenido. La técnica es sencillísima y debe recurrirse a ella cuando hay dificultad para encontrar el embrión en la sangre periférica, como ocurre tan a menudo en la elefantíasis en que ya no se sigue verificando la invasión sanguínea por microfilarias. Todo se reduce a fijar bien con dos dedos de la mano izquier-

(22) Aragao en *Brasil Médico*, (1919) , t. xxiii, p. 12.
(23) Lynch en *The Jour. Amer. Med. Ass.*, (1919) , t. lxx iii, p. 760.

da el ganglio más prominente y accesible e introducir una aguja de calibre algo grueso: se inyectan 4 o 5 gotas de solución salina normal (con uno o dos centígramos de estovaína o cocaína, si se quiere, a fin de hacer la operación indolora), se mueve la aguja en varias direcciones con objeto de dilacerar un poco el tejido glandular, y se aspira lentamente: el líquido obtenido puede examinarse directamente o previa centrifugación. Este es verdaderamente un medio de diagnóstico diferencial pues que permite en muchas ocasiones descubrir el agente causal de una adenitis que, si no de origen filárico, puede serlo tuberculosa, pestosa, sifilítica, etc.

A veces la demostración de embriones de filaria en una orina lechosa (o en líquidos quilosos provenientes de várices) es difícil o imposible. Lo mejor es dejar que se coagule el fluído y después que se ha separado bien el coágulo se toma un fragmento del mismo y se le comprime entre dos láminas porta-objetos: al microscopio se encontrarán microfilarias, si las hay, en un retículo fibrinoso que también aprisiona leucocitos, hematíes y glóbulos de grasa. Parecería ocioso advertir, por último, que la quiluria no debe diagnosticarse a primera vista por el simple aspecto de la orina; no obstante, hemos comprobado en dos ocasiones que un mismo práctico ha tomado por orinas quilosas una que contenía una excesiva cantidad de fosfatos en suspensión y otra que era distintamente piúrica; claro que el más elemental examen químico o microscópico basta siempre para fijar a qué se debe el aspecto lechoso en una orina dada.

RESUMEN DEL PRIMER GRUPO.—Ponemos fin ahora al análisis de las pirexias comprendidas en nuestra primera división. Conviene antes de seguir adelante y para evitar acaso contradicciones futuras, dejar aclarado de una vez que en la doble denominación de "cíclicas intermitentes", que hemos usado, no hay superfluidad alguna como pudiera aparecer a primera vista, sino que, por el contrario, ambos términos se complementan para denotar el tipo febril cuyas características más salientes hemos querido sintetizar con ellos. En efecto, sabemos perfectamente que la mayor parte de las contínuas y remitentes son también fiebres cíclicas, puesto que su evolución se realiza generalmente en un ciclo que, sin embargo, es único, como sucede en la pneumonía lobar, por ejemplo, aunque también puede repetirse, como en una tifoídea con recaída, pero ésto, además de ser excepcional, constituye un evento aparte, no pudiendo tomarse la recidiva sino como una repetición de la enfermedad que ya había completado su curso natural, nunca como una segunda etapa de la misma. De igual modo, en las pirexias del grupo irregular las hay con una intermitencia más o menos franca y de duración variable, intermitencia que es parte integral del curso

evolutivo de la enfermedad. En las fiebres cuyo diagnóstico acabamos de considerar, las intermitencias, por el contrario, se suceden de una manera regular a la conclusión de cada paroxismo, no formando parte del mismo. Hay necesidad, pues, de usar ambos vocablos para distinguirlas de las pirexias contínuas, que también son cíclicas, y de las irregulares que en un momento dado de su marcha pueden ser intermitentes.

Como hemos visto, la diferenciación clínica de estas fiebres se reduce aquí a tres que son esencialmente tropicales: el paludismo, la filariosis y el absceso hepático amibiano. Para llegar al diagnóstico diferencial de ese reducido número de entidades nos ha sido preciso, sin embargo, pasar revista, desde luego que someramente, a un crecido número de enfermedades febriles y hasta de grupo clínicos, unas y otros de ocurrencia cosmopolita, y de entre ambos, algunos que se señalan no solo por su prevalencia en otras latitudes sino por su absoluta rareza aquí.

El paludismo intermitente, sobre todo, es la pirexia más fácilmente confundible entre nosotros. Una buena excusa es su carácter protéico que hace tan imprecisa su debida separación frente a otros procesos de igual marcha y de parecida fisonomía clínica. Hay que hacer abstracción, en primer lugar, del paroxismo febril en sí, pues ya vimos que ni la periodicidad terciana le era distintiva, como tampoco la duplicación del mismo en un solo día podía tomarse como dato negativo de malaria, ya que, conforme dejamos anotado, el tipo alterno lo reproduce a veces una tuberculosis y la ocurrencia de dos ascensos térmicos en el espacio de 24 horas no es característica exclusiva de las fiebres sépticas, pues que hay que contar con las llamadas "febres duplicatae" de etiología generalmente palúdica, tan comunes en esta isla.

Hemos visto de qué modo las determinaciones viscerales maláricas pueden tomarse aparentemente por localizaciones ya tuberculosas o luéticas, etc.; y es que la sintomatología funcional de aquellas y de éstas (especialmente al principio) ofrece rasgos de marcada identidad; vimos cuán difícil resultaba a veces distinguir, por ejemplo, las lesiones incipientes debidas al bacilo de Koch de las pleuritis y otras determinacones palúdicas en el aparato bronco-pulmonar; vimos también con qué poca precisión pueden separarse clínicamente los signos de la caquexia palúdica de aquellos que traducen la impregnación tuberculosa en general; con qué frecuencia confunden al práctico ciertos procesos sépticos pleuro-pulmonares que evolucionan silenciosamente hasta el punto de que casi la única reacción que provocan en el organismo como delatora de su desarrollo, esto es, la fiebre, se toma a menudo como palúdica cuando en puridad obedece a un empiema, a un absceso del parénquima o a un foco gangrenoso en plena, pero para el clínico muchas veces ignorada, evolución; vimos igual-

mente con qué profusión de síntomas y de signos locales puede asentarse el gérmen o la toxina maláricos en el hígado, el bazo y el riñón, y simular las más diversas afecciones sépticas de esas vísceras hasta el punto de no ser posible precisar a veces sin una prolongada observación clínica y sin la ayuda del laboratorio, si es el paludismo el factor etiológico del cuadro a nuestra vista o si, muy al contrario, se trata de una sepsis biliar o de un absceso renal o esplénico, etc.; también vimos el papel preponderante que algunos atribuyen a la malaria en estos climas como productora de orquitis, flebitis pélvicas y otras afecciones de los órganos genitales, masculinos y femeninos, y no sólo de lesiones manifiestas sino también de trastornos funcionales directa o indirectamente dependientes de ese aparato, tales la impotencia, la amenorrea, el histerismo; cómo, en razón de esa misma analogía sintomática, han llegado a confundirse con las intermitentes palúdicas procesos febriles de tan distinta etiología como la piohemia puerperal; hemos podido apreciar asimismo hasta qué grado puede una exploración clínica insuficiente o el deseo de llegar apresuradamente a un diagnóstico cuando todavía no se cuenta con bastantes datos, hacer tomar como paludismo una endocarditis a tipo febril intermitente o una sepsis generalizada, incluyendo en estas algunas tan extraordinariamente graves, por lo regular, como la meningococcia sin fenómenos meníngeos; de qué manera se han interpretado accidentes embólicos de origen séptico como una sordera o una ambliopía súbitas, cuando ocurren en el curso de un proceso febril, como debidas ya al paludismo, ya a su medicación específica; lo difícil que es a menudo distinguir, aún tratándose de una sepsis externa, si la fiebre es el resultado de la simple implantación de microorganismo piógenos y de su ulterior desarrollo o si un paludismo latente ha colaborado con el trauma, mediante una depresión de las resistencias orgánicas, en la génesis del proceso, el trauma a su vez haciendo despertar a aquél y confundiendo la inter-relación de ambos al pobre práctico que no sabe a cuál incriminar mayormente como factor etiológico de la pirexia en cuestión; de igual modo vimos como las ligeras fiebres que acompañan la sífilis cutánea o el cáncer visceral se toman como maláricas, si es que no pasan desapercibidas.

Todos estos problemas puede argüirse que encuentran solución en la interpretación del hecho clínico mediante la ayuda del laboratorio. Es cierto que los auxilios de éste son decisivos muchas veces; así la bacterioscopia del esputo o el uranálisis pueden revelarnos directamente una tísis pulmonar o una pielo-nefritis cuando el dato único de fiebre, de manera impropia considerado aisladamente, hacía pensar en paludismo; otras veces la hematología presta ayudas indirectas mediante la comparación de las fórmulas leucocitarias que, como hemos visto, son a menudo lo suficien-

temente desemejantes para permitir establecer correctas distinciones, por ejemplo, entre un hígado o bazo sépticos y un hígado o bazo palúdicos o entre un pneumo-paludismo y una sífilis pulmonar. En otras ocasiones, sin embargo, el laboratorio ha hablado y a pesar de eso la dificultad diagnóstico no ha decrecido gran cosa; porque si la anemia malárica, por ejemplo, puede afectar las características hematológicas de una clorosis o de una perniciosa, cómo distinguir, en presencia de fiebres, si una anemia dada de tipo clorótico o de tipo pernicioso es secundaria a un paludismo o esencialmente primaria o, hasta como algunos prefieren, "criptogenética"? Si la malaria determina también un síndrome de insuficiencia suprarrenal crónica o de hipertiroidismo igualmente crónico, es evidente lo difícil que será diferenciar dichos síndromes de las endocrinopatías correspondientes, sobre todo en sus primeras etapas cuando aún no está desplegada toda la fenomenalidad clínica de una u otra. Si da lugar también el paludismo a adenitis más o menos generalizadas y al apreciar éstas constatamos igualmente una hipertrofia concomitante del bazo, siempre en presencia de paroxismos febriles intermitentes y no perdiendo de vista la noción de que hay linfadenias y hasta leucemias aleucémicas, no encontraríamos en la fórmula hematológica en esos casos los elementos necesarios para una correcta diferenciación de ambos procesos. Si en este mismo orden de ideas nos confrontamos con problemas de laboratorio que se refieren a apreciación de matices (si es que así podemos llamarlos), las dificultades se hacen insuperables; por ejemplo, la mononucleosis del paludismo puede ser muy bien el primer grado del desequilibrio sanguíneo de una leucemia crónica en la que aún no hay aumento total de glóbulos blancos circulantes.

La solución a todas estas dificultades diagnósticas es preciso buscarla donde únicamente puede de una manera lógica encontrarse: en la revelación directa del hematozoario en una u otra fase de su esquizogonia. Esto es indispensable para poder formular correctamente un diagnóstico en todo caso de fiebre intermitente que ocurra en un país tropical: o se confirma un paludismo clínicamente sospechado o se excluye y puede el práctico orientar entonces sus pesquisas en otras direcciones. Es elemental y, no obstante, nos sentimos inclinados a insistir una y otra vez en hacer resaltar la necesidad imperiosa de tal investigación. Debe además imponerse el médico la obligación de rodearla de todo elemento que se juzgue imprescindible para garantizar el éxito de la misma: si se siente tentado a prescribir quinina en todo caso de paroxismo febril intermitente, prescríbala en buena hora, pero no olvide tomar antes una muestra de sangre que le hará ver luego lo fundamentado o erróneo de su temprana terapéutica autorizándole para insistir en, o desistir de ella; no incurra en la can-

didez de querer encontrar plasmodias en la sangre de un febricitante a quien de días atrás ha estado administrando dósis más o menos adecuadas de aquel alcaloide; si éste es el caso, aguarde mejor tres o cuatro días hasta que nuevas generaciones vengan a reemplazar en los capilares subcutáneos aquellas destruídas por la quinina; una vez determinado a recurrir al análisis hematológico, escoja el momento más adecuado, esto es, la media hora o una hora que precede al escalofrío o el instante en que se inicia el acceso (con o sin escalofrío), pues la experiencia nos diec que es entonces cuando más abundan las formas jóvenes del hematobio en la circulación periférica; finalmente, si carece de la práctica necesaria, busque quien la tenga y pueda hacer una identificación que, repetimos, ha de ser en estos climas el contrapeso de la observación clínica. Frente a una presunción palúdica es preciso, pues, confirmarla evidenciando el germen.

En la filariosis el problema es distinto bajo el punto de vista de la corroboración que presta el laboratorio al dato anatómico o al trastorno funcional observado. Hemos visto que sus tipos febriles más comunes pueden confundirse con el paludismo, en primer lugar, y con otras pirexias, tropicales también algunas, cosmopolitas las más, pero que se distinguen todas más bien por síntomas o por localizaciones regionales, como la peste bubónica, diversos estados sépticos, cólicos abdominales, pseudomeningitis, etc. de las que se diferencia no solo por la demostración posible de micro-filarias en la sangre, orina, derrames quilúricos,. . . sino también por su fórmula leucocitaria bastante característica; pero también hemos visto cómo se discute aún el papel que juega el parásito, vivo o muerto, o sus embriones, en la etiología de esos abscesos, linfangitis, bubones, cólicos, meningismo, etc.; cuando para algunos aquél es puramente pasivo y los elementos productores de la fiebre son gérmenes sépticos llegados de fuera y asociados o nó a la filaria, otros han demostrado hasta la perniciosidad de estados patológicos en los que este nematodo fué única y exclusiva causa. De un modo u otro, sin embargo, para afirmar la etiología filárica de un proceso dado es indispensable excluir cuidadosamente aquellos que clínicamente le son afines. En otras palabras, aquí no basta, como en el paludismo, poner en evidencia el parásito, ya que éste puede ser mero espectador de una pirexia que se está desarrollando en un medio por él habitado y hasta modificado, pero en la génesis de la cual puede no tener participación, al menos directa; hay necesidad, por el contrario, de eliminar las causas probables de la fiebre antes de acriminar a la filaria como factor excitante.

En cuanto al absceso tropical de origen disentérico ya anotamos su rareza en Puerto Rico. No creemos necesario insistir de un modo especial en los detalles de su diferenciación clínica, ya expuestos al distinguir la

fiebre a que da origen, de las intermitentes palúdicas. Los antecedentes del enfermo, la exploración directa y la exclusión de malaria y tuberculosis serán suficientes en la mayoría de los casos; puede perfilarse el diagnóstico con respecto a otros procesos supurados del hígado y vías biliares, ya prestando la debida atención a las anamnesis (disentería, apendicitis, bacteriemias, etc.), ya apoyándose en datos topográficos clínicamente apreciables o recurriendo a análisis especiales de sangre, orina y heces; lo propio cabe decir con respecto a lesiones de vecindad, como el absceso sub-diafragmático, el empiema, las supuraciones renales y perirrenales, etc.: el problema, como se ve, es más bien de localización topográfica, una vez descartados tuberculosis y paludismo, lo que resulta fácil por los medios usuales del laboratorio.

Si quisiéramos sintetizar las características clínicas más salientes de las fiebres intermitentes, consideradas en conjunto, diríamos que a un principio generalmente insidioso vienen a sumarse síntomas de reacción general que de ningún modo individualizan estas pirexias sino que, por el contrario, son idénticos en todas ellas, y fenómenos de reacción visceral que tampoco tienen nada de distintivo en sí. Tipifica además a casi todas estas fiebres su marcada cronicidad y los períodos intercalares de bienestar relativo que contrastan con la violencia que ordinariamente asume la reacción febril en cada paroxismo. Puede decirse, en términos generales, que la fiebre es en sí misma el factor predominante: los diversos elementos que la integran, (escalofrío, hipertermia, polidipsia, anorexia, perspiración,...) aun con ser moderados, atraen más la atención del enfermo que sus signos y síntomas de afección visceral; si a aquellos se suman otros fenómenos expresivos de grave impregnación tóxica (vómitos, delirio, convulsiones, oliguria, astenia,... que, como sabemos, son comunes a muchas de dichas pirexias), es seguro que la reacción local, por pronunciada que parezca, quede relegada a un segundo término. Este es un peligro tratándose del diagnóstico de afecciones como la endocarditis séptica, la piohemia puerperal y otras bacteriemias, que demandan un pronto reconocimiento en razón a su terapéutica especial. Hay otras de menos urgencia inmediata, como las que delatan el absceso hepático tropical, el cáncer de los órganos internos, etc. que también deben ser reconocidos prontamente por razones igualmente de índole terapéutica, más efectiva cuanto más precoz. Pero con esas excepciones, puede afirmarse que la generalidad de los procesos locales y de infecciones generales que se nos revelan por el fenómeno de fiebre intermitente sufren más menoscabo de un pseudo- diagnóstico precipitado que no de una observación juiciosa y prolongada. Las dilaciones están justificadas en estos casos y el médico no debe apresurarse en sellar con el rótulo de paludismo, por ejemplo, una

tuberculosis suprarrenal o una sífilis florida, simplemente por no haberse tomado el tiempo suficiente para observar con algún detenimiento el enfermo o por prescindir de la más elemental inspección ocular que le habrían bastado en uno y otro caso para sentar un diagnóstico de certidumbre. No hay excusa posible en estos juicios que se formulan acaso de buena fe, pero que no parecen serlo sino con el mero intento de "salir del paso".

Hay además otro aspecto de la cuestión que no debe omitirse. El diagnóstico de una de estas fiebres no debe limitarse a enunciar simplemente el nombre, pues aparte de que eso no sólo sería una inconveniencia, constituye a menudo una cierta imposibilidad tratándose de algunas, como la filariosis, cuyo diagnóstico diferencial, como hemos insistido atrás, tiene que hacerse generalmente por exclusión, y aún así no siempre puede establecerse de manera absoluta. El médico debe procurar en toda clase de pirexia no sólo definir la enfermedad sino darse cuenta cabal del estado de su enfermo; esto no es posible sin una exploración atenta de sus órganos y aparatos, de sus secreciones y humores, análisis que muchas veces proporciona al tropicalista sorpresas sin cuento, pues donde creyó ver malaria con afección hepática, se encuentra con una angicolitis séptica y, a la inversa, lo que superficialmente pudo interpretar como una tísis pulmonar incipiente es un pneumo-paludismo, etc. Vale más en todas esas ocasiones perder una semana en completar el estudio del enfermo que no aventurarse a formular juicios prematuros, basados en tal o cual fenómeno clínico o en tal cual dato de laboratorio; la observación prolongada y la exploración atenta y metódica, consintiendo como las consiente el curso de la enfermedad, nos llevarán a una orientación segura en el diagnóstico de estas pirexias intermitentes.

(*Continuará*)

LA SALUD PUBLICA Y LA POLITICA

Dr. F. del Valle Atiles

En estas Navidades hizo un año que Mr. John D. Rockefeller hizo a la Fundación que lleva su nombre, un nuevo donativo de cincuenta millones de dólares. Al hacerlo manifestó estar grandemente interesado en el trabajo que se está llevando a cabo a travez del mundo entero para combatir las enfermedades, procurando mejorar en la educación médica y en la administración de los intereses públicos concernientes a la salud y practicando investigaciones científicas.

Es innegable que la Fundación Rockefeller es un cooperador eficiente en la campaña actual emprendida contra las enfermedades, campaña que se extiende por distintos países, después de la guerra última, como si tantas pérdidas de vidas hubiesen despertado un sentimiento general de protección de la salud en beneficio de la humanidad.

De los tres medios que puntualiza el liberal donante, hay uno en el cual debemos interesarnos, porque a todos nos afecta y todos podemos poner algo de nuestra parte para lograr el desideratum de realizar el bienestar de la comunidad a que pertenecemos. Desgraciadamente, aún en la administración de los intereses relacionados con la salud pública, la influencia de una política partidarista suele echar a perder esta arma poderosa de progreso. Ahora que ha terminado el período electoral con su secuela de pasiones, y con él la crísis aguda que las exacerba entre las facciones políticas, es la oportunidad de enlistar al país en la saludable lucha mundial contra las enfermedades.

El problema del mantenimiento de la salud pública es tanto universal como local. La interdependencia que existe entre todos los pueblos en materia de salud pública es evidente; basta recordar la extensión de las relaciones comerciales para comprender que todo país está expuesto a recibir los gérmenes de las infecciones originadas en las más remotas regiones del globo.

La salud local de cada país es pues, asunto de interés mundial y de aquí el que nuestro problema sanitario deba preocuparse y ser atendido sobre una base científica, organizando el servicio conforme a nuestras necesidades, encargando de su administración a un personal preparado para ese trabajo, y descartando por completo para designarlo las opiniones políticas. Nunca debe de ser razón exclusiva y primordial para la elección de un funcionario de sanidad su filiación política ni tampoco ésta debe considerarse causa para prescindir de los serveios de una persona competente. Proceder de otro modo es hacer la política y la Sanidad

incompatibles, e ineficiente el servicio encargado de proteger la salud pública.

Ignorar las infracciones de sanidad cometidas por un correligionario o por un cacique es ya una demostración de incompetencia para el servicio de sanidad, pero revestir con el ropaje de un exagerado celo sanitario lo que no es sino una venganza o una rivalidad partidarista es salirse del terreno de la rectitud, del cual no debe apartarse un oficial de sanidad consciente de sus deberes y de la importancia de su misión. Por otra parte, mientras un oficial de sanidad no rehuse, ni descuide hacer cumplir las leyes y reglamentos de sanidad vigentes, no debe ser removido a causa de su manera de pensar en política, ni porque así le convenga a un cacique.

Ahora bien, aunque todo médico tiene por sus estudios de Higiene alguna base para poder servir en la sanidad y contribuir a dominar y a prevenir la extensión de las enfermedades endémicas y epidémicas; no bastan esos estudios generales; y así se ha comprendido en todas partes, por lo cual tanto para completar la preparación de los médicos sanitarios, cuanto para instruir el personal auxiliar, se han creado escuelas cuyo objeto es preparar el personal sanitario para este especial trabajo. En los Estados Unidos la Escuela de Higiene y de Salud Pública establecida el año 1916 en la Universidad de Johns Hopkins se otorga el título de Doctor en Salud Pública a los candidatos después de tomados los cursos necesarios; se preparan enfermeras, indispensables hoy en todo servicio de sanidad bien organizado, así como otros auxiliares que verifican investigaciones científicas y se procura la educación popular en materias sanitarias.

Nosotros no debemos, por un mal entendido orgullo regional, desconocer que estamos deficientes de personal que haya sido debidamente preparado para desempeñar funciones sanitarias, en armonía con lo que esta ciencia ha progresado. Es nuestro interés subsanar esto enviando a centros apropiados a un número de personas que deseen dedicar su actividad y su talento a esta rama de la Medicina.

Para estimular la afición a esos estudios es preciso que los empleados de sanidad encuentren el incentivo de una paga razonable, y estén seguros de su estabilidad, cualquiera que sea el cambio político que ocurra, mientras prueben su competencia y honorabilidad. Nuestra legislatura debería estudiar este asunto y proveer becas que, procediendo en armonía con la Fundación de Rockefeller le dieran a un número de portorriqueños oportunidad para prepararse a servir al país en el trabajo trascendental de su saneamiento.

La Fundación de Rockefeller que envía delegados a Europa para estudiar ciertas fases de la educación médica y de la Administración Pú-

blica de otros países en relación con los intereses de la salud, en el año anterior ha provisto para 85 becas que se han utilizado por Doctores en Medicina de distintos países, estudiantes de Medicina, enfermeras, etc., de acuerdo con el carácter internacional de la Fundación y los fines que persigue.

No olvidemos que el saber no se improvisa, que la ciencia sanitaria adelanta cada día, y que los cuerpos médicos, por razón de reunir en su seno un número de profesionales, son los llamados a informar a las Legislaturas en asuntos de Higiene Pública. El problema sanitario es de tal trascendencia que se hace urgente dar a las cuestiones de Salud Pública mayor atención de la que se le da actualmente.

Bueno es dedicarse al estudio de los problemas políticos, pero hay otros problemas que afectan a la vida normal de los pueblos los cuales no pueden ser desatendidos sin comprometer su crédito para el buen desempeño de las funciones administrativas que, conjuntamente dan, cuando bien desempeñados, nombradía a todo país.

La conquista sanitaria de nuestro país por un grupo de oficiales de Sanidad, de enfermeras y subordinados que cooperen con sus conocimientos especiales a vencer el paludismo, la uncinaria, la filariasis, la tuberculosis, a reducir la mortalidad infantil, y a luchar contra toda enfermedad evitable, no es un asunto indigno de la atención de un pueblo que desea ser contado entre los que han alcanzado un alto grado de civilización.

En esa lucha podremos y debemos demostrar nuestra capacidad para dirigir nuestros propios asuntos, pero no con palabras sino con hechos. La clase médica es la llamada a influir con una sana propaganda a que se llegue el convencimiento general de que el interés sanitario es el interés de la comunidad, y que al velar por la conservación de la normalidad física de nuestra raza hacemos la obra más patriótica puesto que favorecemos el desarrollo de sus mayores aptitudes, tanto físicas como mentales.

LA ASAMBLEA ANUAL DE 1920

Puede decirse que esta reunión de nuestra Sociedad Médica celebrada en la ciudad de Ponce durante los días 11 y 12 de diciembre, ha sido una de las más importantes que la Asociación ha realizado, no solamente por los temas científicos discutidos, sino que también por los acuerdos tomados en la Cámara de Delegados; todos estos últimos tendentes a beneficiar la clase médica en todos sus órdenes, económicos y sociales, como a su vez, tratar de mejorar las condiciones que afectan la salud pública.

Uno de los actos que más caracterizó a la Asamblea este año, fué la parte que tocaba a los actos sociales verificados en el Club Deportivo.

Las más distinguidas damas y entre ellas las señoras de los médicos que desde San Juan acompañaron a sus respectivos esposos, como al igual de las señoras de los médicos residentes en Ponce, dieron con su presencia por primera vez en estas reuniones, un realce a la fiesta médica.

Este realce de honor pudo observarse con todo su relieve, en el banquete efectuado la noche del domingo, donde en una mesa artísticamente decorada estaban las damas ocupando sus asientos, formando parte de los comensales en una fiesta de confraternidad médica. Nos parecía estar en una de las grandes fiestas sociales de las Asambleas Médicas de la Asociación Médica Americana.

Es innegable que la Asociación Médica de Puerto Rico realiza cada año programas más brillantes, va despertando cada vez más el estímulo científico y se esfuerza por resolver los problemas médicos sociales.

No es de esperarse que la Asamblea del año 1921 sea menos lucida y de menos éxito que la que acaba de celebrarse; por el contrario, la Directiva y el Comité Científico de la Asociación trabajarán para que la próxima reunión resulte de doble éxito y más atractiva.

NOTAS SOCIALES

Con motivo de ausentarse definitivamente de esta isla para su país, España, fué obsequiado por un número de sus compañeros de San Juan y de la isla con un espléndido banquete en el Hotel Palace, nuestro distinguido compañero el Dr. Julio Barreiro, ex-Director del Sanatorio Español Auxilio Mútuo.

En el banquete reinó la mayor alegría y dado lor méritos del anfitrión para con la Asociación Médica de esta isla en cuya Directiva ocupó los cargos de Delegado a la Cámara y Redactor del Boletín de la Asociación, el acto resultó una nota de confraternidad.

Los concurrentes dieron al Dr. Barreiro una cariñosa despedida respondiendo este amigo con un expresivo adiós al homenaje de simpatía que le tributaran los compañeros allí reunidos.

NOTA DE DUELO

La Asociación Médica de Puerto Rico envía al Dr. Francisco J. Hernández el pésame más sentido por el sensible fallecimiento de su señora madre doña Angela Hernández. La Asociación une su duelo al del distinguido compañero.

